# CONGRÈS

DES

# MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

## ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLI^e SESSION

NANCY (30 JUIN-3 JUILLET 1937)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLI[e] SESSION — NANCY (30 JUIN - 3 JUILLET 1937)

# COMPTES RENDUS

PAR

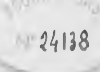
PIERRE COMBEMALE

*Secrétaire général*






MASSON & C[ie], ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS





# PRÉLIMINAIRES

## COMITÉ D'HONNEUR

M. BOSNEY, Préfet de Meurthe-et-Moselle.
M. CHEVALLIER, Préfet de la Moselle.
MM. les SÉNATEURS de Meurthe-et-Moselle.
M. Louis MARIN, Président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, Député, ancien Ministre de la Santé publique.
M. SEROT, Président du Conseil général de la Moselle, Député.
MM. les DÉPUTÉS de Meurthe-et-Moselle.
M. le Général REQUIN, Commandant le XX^e^ Corps d'Armée.
M. PUTON, Premier Président de la Cour d'Appel de Nancy.
M. FRETTE-DAMICOURT, Procureur général.
M. le Docteur SCHMITT, Maire de la ville de Nancy.
M. le Docteur BRUNTZ, Recteur de l'Université de Nancy.
M. le Professeur SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Médecine.
S. E. Monseigneur FLEURY, Evêque de Nancy et de Toul.
M. le Pasteur DURAND, Président du Consistoire de l'Eglise réformée.
M. le Grand Rabin HAGUENAUER.
M. le Médecin général SCHICKLÉ, Directeur de Service de Santé de la XX^e^ Région.
M. VAUTRIN, Maire de la Ville de Metz.
M. le Consul d'Italie.
M. le Consul de Belgique.
M. le Consul de Suisse.
M. Désiré FERRY, Ancien Ministre de la Santé publique.
M. Marcel PAUL, Président de la Chambre de Commerce de Nancy.
M. HOUOT, Vice-Président de la Commission des Hospices.
M. Albert MARINGER, Président, et MM. les Membres de la Commission de Surveillance de l'Asile de Maréville.
M. le Docteur GIRY, Président du Syndicat des Médecins de Meurthe-et-Moselle.
M. le Professeur HAMANT, Président de la Société des Médecins de Nancy.
M. le Baron J. RISTON, Président du Syndicat d'Initiative de Nancy.

# CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'ASSOCIATION DITE « CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE ».

ANNÉE 1937

*Président :* M. le Dr M. OLIVIER (de Blois).
*Vice-Président :* M. le Dr Th. SIMON (de Paris).
*Secrétaire général :* M. le Dr Pierre COMBEMALE (de Bailleul).
*Membres :* MM. les Drs J.-A. BARRÉ (de Strasbourg), René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine), M. DESRUELLES (de Saint-Ylie), Art. DONAGGIO (de Bologne), A. REPOND (de Monthey), VIGNAUD (de Paris), *trésorier.*

# BUREAU DE LA 41e SESSION

*Président :* M. le Dr M. OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (Loir-et-Cher).
*Vice-Président :* M. le Dr Th. SIMON, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine.
*Secrétaire général :* M. le Professeur Pierre COMBEMALE, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).
*Secrétaire annuel :* M. le Dr J. HAMEL, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy.
*Trésorier :* M. le Dr VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe).
*Secrétaires des séances* (1) : MM. les Docteurs Maurice LECONTE (de Paris) et Jean TITECA (de Bruxelles).

(1) Je ne saurai jamais trop remercier mes collègues, les docteurs M. Leconte et J. Titeca, de l'aide inestimable qu'ils m'ont donnée avec tant de dévouement durant les séances de cette session. C'est à eux que je dois de pouvoir faire paraître si rapidement ces comptes rendus.

# DÉLÉGUÉS OFFICIELS

## ALGERIE

*Gouvernement général :* M. le Dr Ramée, Médecin du Service de Psychiatrie de l'Hôpital civil de Constantine.

## REPUBLIQUE ARGENTINE

*Société de Neurologie et de Psychiatrie de Buenos-Ayres :* M. le Professeur José C. Belbey.

## BELGIQUE

*Gouvernement belge, Ministère de la Justice :* M. le Docteur Ernest de Craëne.
*Académie Royale de Médecine de Belgique :* M. le Professeur F. d'Hollander.
*Société de Médecine mentale de Belgique :* MM. Alexander, chargé de cours à l'Ecole de Criminologie de Bruxelles, et A. Leroy, Secrétaire général de la Société.
*Société Belge de Neurologie :* M. le Professeur G. Vermeylen, Président et le Dr J. Titeca, Agrégé de l'Enseignement Supérieur.

## CANADA

*Ministère de la Santé de la Province de Québec :* l'Honorable Docteur Paquette, premier Ministre de la Santé.

## FRANCE

*Ministère de la Santé Publique :* M. le Docteur F. Varenne, Préfet honoraire, chargé de mission.
*Ministère de la Défense Nationale et de la Guerre :* M. le Médecin, lieutenant-Colonel Pommé.

*Ministère de la Marine :* M. le Médecin-Chef de 2e classe ARTHUR.

*Ministère des Colonies :* M. le Médecin Commandant AUBIN.

*Conseil général de la Seine :* M. le Docteur CALMELS, et M. le Docteur LOBLIGEOIS.

*Préfecture de la Seine :* M. P. SÉGUIN, Directeur des Affaires départementales.

*Préfecture de Police :* M. VETEL, Directeur-adjoint, et M. le Docteur HEUYER.

*Société Médico-Psychologique :* MM. les Docteurs René CHARPENTIER, président ; FILLASSIER, vice président ; COURBON, secrétaire général ; COLLET, trésorier ; Paul ABÉLY et CARRETTE, secrétaires des séances.

*Société de Neurologie de Paris :* MM. les Docteurs BARRÉ, président ; CHRISTOPHE, CROUZON, PÉRON et TOURNAY.

*Société de Médecine légale de France :* MM. les Docteurs CROUZON et FRIBOURG-BLANC.

## GRECE

*Sénat de l'Université et de la Faculté de Médecine d'Athènes :* M. le Professeur PAMBUKIS.

## HOLLANDE

*Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie :* M. le Docteur DE JONG.

## ITALIE

*Société italienne de Neurologie et Société italienne de psychiatrie :* M. le Professeur Art. DONAGGIO, président.

## LUXEMBOURG

*Gouvernement Grand-Ducal,* Assistance publique et Service sanitaire : M. le Docteur Albert HANSEN, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbruck.

## SUISSE

*Société suisse de Neurologie :* M. le Professeur MINKOWSKI, de Zurich, et M. le Docteur BRUN, président.
*Société suisse de Psychiatrie :* M. le Docteur F. MOREL, de l'Asile de Bel Air.

## TUNISIE

*Direction de l'Intérieur, Santé Publique :* M. le Docteur MARESCHAL, Médecin-Directeur de l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba.

## TURQUIE

*Ministère de l'Hygiène et de l'Instruction Publique :* M. le Professeur MAZHAR OSMAN UZMAN.

# PRÉSIDENTS DE SÉANCES

---

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

Le Professeur DE CRAËNE, de Bruxelles (Belgique).
Le Professeur A. DONAGGIO, de Bologne (Italie).
Le Docteur HANSEN, d'Ettelbruck (Luxembourg).
Le Professeur LUCIEN, de Nancy (France).
Le Docteur MARCHAND, de Paris (France).
Le Professeur MAZHAR OSMAN UZMAN, d'Istanboul (Turquie).
Le Professeur MINKOWSKI, de Zurich (Suisse).
Le Professeur POROT, d'Alger (France).
Le Médecin Général SCHICKLÉ, de Nancy (France).
Le Professeur-Doyen SPILLMANN, de Nancy (France).

---

# LISTE

## DES MEMBRES TITULAIRES

## DE L'ASSOCIATION

## DES MEMBRES ADHERENTS, DES MEMBRES ASSOCIES

## ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

## INSCRITS A LA XLI[e] SESSION DU CONGRES

# MEMBRES TITULAIRES DE LA SESSION

## MEMBRES TITULAIRES A VIE

Pr Abadie, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Pr Combemale, Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr de Fischer, 8, rue Taubenstrasse, Berne (Suisse).
Pr Guillain, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris (7e).
Dr Lagriffe, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Pr Lépine, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).

## MEMBRES TITULAIRES

Dr Alliez, 26, rue Edouard-Delanglade, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Abély (Paul), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Adam (Frantz), Médecin-Chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr Adam (E.), Médecin-Directeur, Asile St-Georges, Bourg (Ain).
Dr Alexander (Marcel), 56, rue St-Georges, Bruxelles (Belgique).
Dr Allamagny, Clinique St-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Arsimoles, Médecin-Directeur, Asile de Hoerdt (Bas-Rhin).
Dr Artur (R.), Hôpital Maritime, Brest (Finistère).
Dr Aubin, Hôpital Militaire de Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Aymès, 3, rue St-Dominique, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Bally, Schmelzberg, 34, Zurich (Suisse).
Dr Bargues, Médecin-Chef, Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).
Pr Barré (J.-A.), 18, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Baruk (Henri), Médecin-Chef, Maison Nationale, Saint-Maurice (Seine).
Dr Bastié, Médecin-Chef, Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Pr Baudouin, 5, rue Palatine, Paris (6e).
Dr Bauer, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr Beno, Maison de Santé, Malevoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Bériel (M.-H.), 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr Bersot, Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).

Dr Billet, Maison de Santé Rech, Pont-Saint-Côme, Montpellier (Hérault).
Dr Binswanger (Kurt), 15, Moussoustrasse, Zurich (Suisse).
Dr Binswanger (L.), Kreuzlinzen, Thurgovie (Suisse).
Dr Biot (René), 30, Cours Albert-Thomas, Lyon (Rhône).
Pr Van Bogaert (Ludo), 16, avenue Reine-Elisabeth, Anvers (Belgique).
Dr Bonhomme, Médecin-Directeur, 17, rue Penthièvre, Sceaux (Seine).
Dr Borel, Hospice de Perreux-sous-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).
Dr Bour, Sanatorium de la Malmaison, 4, place Bergère, Rueil (Seine-et-Oise).
Dr Bourilhet (M.-D.), Asile de Ste-Catherine, Moulins (Allier).
Dr Bourguignon, 15, rue Royer-Collard, Paris (5e).
Dr Bretoigne du Mazel (de la), Sous-Directeur de la Santé et de l'Hygiène, Rabat (Maroc).
Dr Brousseau, 109, avenue Henri-Martin, Paris (16e).
Dr Burckard, Médecin-Chef, Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).
Dr Busquet (Tomas), 10, Paseo de la Republica, Barcelone (Espagne).
Dr Brun, Zurichbergst, 88, Zurich (Suisse).
Dr Brunerie, 117, Cours Lafayette, Lyon (Rhône).
Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Buvat (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (13e).
Pr Boven, 2, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).

Dr Calmettes, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).
Dr Carbillet, Médecin-Chef, Asile Ste-Catherine, Yzeure, près Moulins (Allier).
Pr Caussade, 27, rue Victor-Hugo, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Charon (P.), Le Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).
Dr Charon (R.), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).
Dr Christophe 78 *bis*, avenue Henri-Martin, Paris (16e).
Pr Claude (Henri) 11, rue Ampère, Paris (17e).
Dr Codet, 10, rue de l'Odéon, Paris (16e).
Dr Collet (M.), Médecin-Chef, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr Conreur (C.), Asile de Dave, près Namur (Belgique).
Dr Cossa, 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr Courbon, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Crémieux, 255, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Courjon (Rémi), Médecin-Directeur, Etablissement de Meyzieux (Ain).

Dr Christy, Médecin-Chef, Maison départementale, Le Mans (Sarthe).
Dr Crouzon, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).
Pr Cruchet, 12, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).
Dr Cullerre (Mlle), Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr Dardenne, Médecin-Chef, Maison de Santé de Dave (Belgique).
Pr Dechaume (Jean), 13, quai Victor-Augagneur, Lyon (Rhône).
Dr Decourt, Médecin des Hôpitaux, 20, avenue Rapp, Paris (7e).
Pr De Craene (Ern.), 48, rue du Lac, Bruxelles (Belgique).
Dr Dedieu-Anglade (D.), 1 *bis*, rue Pedroni, Bordeaux (Gironde).
Dr Dedieu-Anglade (R.), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Delaunois, Maison de Santé de Bon-Secours, Peruwelz-Hainaut (Belgique).
Dr Delmas (Ach.), Médecin-Directeur, Maison de Santé, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine).
Dr Demay, Médecin-Chef, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Derombies (Mlle), Médecin-chef, Asile de Ste-Ylie, par Dole (Jura).
Dr Deschamps (Mlle), Médecin-Directeur, Asile de Rodez (Aveyron).
Dr Descomps, 44, rue de Lille, Paris (7e).
Dr Desruelles, Médecin-Chef, Asile de Ste-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Devay (F.), 192, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liége (Belgique).
Pr Donaggio (A.), Faculté de Médecine de Bologne (Italie).
Dr Donnadieu, Médecin-Chef, Asile de Ber Rechid (Maroc).
Dr Dublineau, 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord).
Dr Dubois (J.), 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Duchêne, Médecin-Chef, Hôpital Psychiatrique, Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Pr Elysio de Moura, Université de Coïmbra (Portugal).
Pr Euzière, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).
Dr Evrard, Villa du Belvédère Henri-Chapelle, Liége (Belgique).
Dr Ey (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Dr Fail, Médecin-Chef, Asile Ste-Marie, Privas (Ardèche).
Dr Fay, 9, rue de Sontay, Paris (16e).
Dr Feuillade, 19 *bis*, quai Tilsitt, Lyon (Rhône).
Dr Feyeux (Mlle), 40, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr Flournoy, 6, rue de Monnetier, Genève (Suisse).

Dr Focquet, 5, rue Blondeau, Namur (Belgique).
Dr Forel, Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse).
Dr Frey, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Pr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, Médecin-Chef, Hospices de Tours (Indre-et-Loire).
Pr Froment, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Garand (O.), Médecin-Directeur, Château de Garches, 2, Grande-Rue, Garches (Seine-et-Oise).
Dr Garcin (R.), Médecin des Hôpitaux, 19, rue de Bourgogne, Paris (7e).
Dr Gardien, Asile de Limoux (Aude).
Dr Gauducheau, 36, boulevard Delorme, Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Génil-Perrin, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (7e).
Dr Gilles, Médecin-Directeur, Asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Giuseppe Franchini, Via Croce A, Picenza (Italie).
Dr Godefroy Meyer, Solisana, Guebwiller (Haut-Rhin).
Dr Goemans, Médecin-Directeur, Asile d'Etat, Reckheim (Belgique).
Dr Gorriti (Fernando), Colonia National de Alienados Open Door, F.C.P., Province de Buenos-Aires (Argentine).
Dr Guiraud, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Guisan, Vennes-sur-Lausanne (Suisse).

Dr Hacquard, Médecin-Directeur, Asile Ste-Athanase, Quimper (Finistère).
Dr Hamel, Asile de Maréville, Laxou, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Hansen, Maison de Santé d'Ettelbruck (Luxembourg).
Dr Hédouin, Médecin-Chef, Asile de Lorquin (Moselle).
Pr Hesnard, Littoral F.-Mistral, Mourillon, Toulon (Var).
Dr Heuyer, 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (7e).
Dr Hoven (H.), Médecin-Directeur, Asile de Mons (Belgique).
Dr Hugues, Asile de Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).
Dr Hyvert, Médecin-Chef, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Jude (Médecin-Général), 5, boulevard Tanneur, Pointe-Rouge, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Kapsalas, Kifissia par Athènes (Grèce).
Dr Kdud Winther, Frimodtsvej 3, Kobenhague-Hellerup (Danemark).

Pr Ladame, Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Dr Lafon, 2, rue de l'Ancien-Courrier, Montpellier (Hérault).
Pr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (8e).

Dr Larrivé, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr Lassale, Médecin-Directeur, Hôpital Psychiatrique, Auch (Gers).
Dr Lauzier, Médecin-Directeur, Asile de la Chartreuse, Dijon (Côte-d'Or).
Pr Leclerq, 227, boulevard de la Liberté, Lille (Nord).
Dr Léculier, Asile de Begard (Côtes-du-Nord).
Pr Le Grand, 27, rue de la Bassée, Lille (Nord).
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef des Hospices, 18, rue Beekmann, Liége (Belgique).
Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Dr Leulier, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Pr Lévi-Bianchini, Asile Nocera Inferiore, Salerno (Italie).
Pr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 48, avenue Victor-Hugo, Paris.
Pr Ley (A.), avenue du Prince-d'Orange, 200, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (J.), 11, rue de la Luzerne, Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (R.), 10, avenue de la Ramée, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Lewenstein, 127, avenue de Versailles, Paris (16e).

Pr Maier (Hans), Burghölzli, Zurich (Suisse).
Dr Maillard (G.), 2, rue Dispan, L'Hay-les-Roses (Seine).
Dr Magnand, Asile de Saint-Dizier (Hte-Marne).
Dr Marchand, 47, rue Falguière, Paris.
Dr Martel (Th. de), 18, rue Weber, Paris (16e).
Dr Martin-Sisteron, 14, boulevard Edouard-Rey, Grenoble (Isère).
Dr Martimor (E.), Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Masquin, 10, rue Annamelle, Avignon (Vaucluse).
Dr Massot, Médecin-Chef, Asile Ste-Madeleine, Bourg (Ain).
Dr Maupate, 9, quai Maréchal-Joffre, Douai (Nord).
Dr Medakovitch, Villa Etche-Malou, avenue de la Marne, Biarritz (Basses-Pyrénées).
Dr Meignant, 8, rue St-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Menuau, Asile de St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (S.-I.).
Dr Mestralet (A.), Médecin-Chef, Maison de Santé Saint-Jean-de-Dieu, 25, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Meuriot, Médecin-Directeur, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (S.-et-O.).
Dr Michon, 8 *bis*, rue Desilles, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Miranda (H. de), 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Mir Sepassy, avenue Entezamen Sultané Amirié, Teheran (Iran).
Dr Molin de Teyssieu, 16, quai Louis-XVIII, Bordeaux (Gironde).
Dr Monnier, 1, square A.-Cachot, Paris (13e).
Dr de Montet, Mont-Pèlerin, Corseaux, Vevey (Suisse).

Dr Morat, 10, rue Coutureau, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Moreau, 15, rue des Augustins, Liége (Belgique).
Dr Morel (Mlle), Asile de Quatre-Mares, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr de Morsier, 8, rue de L'Hôtel-de-Ville, Genève (Suisse).
Dr Mouchette, Médecin-Chef, 108, rue de Paris, Rennes (I.-et-V.).

Pr Nayrac (P.), 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Neuhaus (Henri), 3, Rosinsgasse, Bienne (Suisse).
Dr Neve, à Lessines (Belgique).
Dr Noyer, Asile de Mont-de-Marsan (Landes).

Dr Olivier, 34, avenue Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).

Dr Pactet, Médecin-Honoraire des Asiles de la Seine, Pavillon Colbert, Châtenay (Seine).
Dr Parant, Médecin-Directeur, Maison St-Loup, par Saint-Géniès (Hte-Garonne).
Dr Paul-Boncour, 164, faubourg St-Honoré, Paris (8e).
Dr Pezet, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr Pellissier, 41, boulevard Longchamp, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Perret, Médecin-Chef, Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne).
Dr Peron (N.), Médecin des Hôpitaux, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr Perrussel, Asile Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Petit (G.), 2, avenue Jean-Jaurès, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Peyre, Médecin-Commandant, Bamako (A.O.F.)
Dr Picard, Médecin-Directeur de l'Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
Pr Pommé, Professeur au Val-de-Grâce, 7, rue José-Maria-de-Hérédia, Paris (7e).
Dr Porc'her (Y.), Asile de Villejuif (Seine).
Pr Porot, Clinique St-Raphaël, El Biar, Alger.
Dr Pouffary, Asile du Bon-Sauveur, Pont-l'Abbé-Picauville (Manche).
Dr Poursines, Professeur, Faculté de Médecine de Beyrouth (Syrie).
Dr Prince, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Ht-Rhin).

Pr Raviart, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Renaux, Asile Ste-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Répond (A.), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Robert, 37, rue de Metz, Auch (Gers).

Pr RODRIGUEZ-ARIAS, Via Augusta, Letra R., Barcelone (Espagne).
Pr ROGER (H.), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr RONDEPIERRE, Médecin-Directeur, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr ROSS (Donald), Medical Superintendant Mental Hospital, Lochgilphead (Angleterre).
Dr ROUART, 40, rue de Villejust, Paris (16e).
Dr ROUGEAN, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).
Dr RUYSSEN Fils, 29, rue du Collège, Dunkerque (Nord).
Dr RIGGENBACH, Maison de Santé de Préfargier, près Neuchâtel (Suisse).
Dr RIGGENBACH (Mme), Maison de Santé de Préfargier, près Neuchâtel (Suisse).
Pr RIMBAUD, 1, rue Levat, Montpellier (Hérault).

Dr SAVOY, 1 avenue de la gare, Lausanne (Suisse).
Dr SALOMON, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Pr SANTENOISE, 96, rue de Strasbourg, Nancy (M.-et-M.).
Dr SANTENOISE (Ach.), 45, rue des Arènes, Dôle (Jura).
Dr SAUSSURE (de), 2, Tertasse, Genève (Suisse).
Dr SCHIFF, 14, rue César-Frank, Paris (15e).
Dr SCHUTZENBERGER, Médecin-Chef, Asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr SIZARET, Médecin-Directeur, Asile de Mayenne (Mayenne).
Dr SIZARET (A.), Médecin-Directeur, Asile de Lorquin (Moselle).
Dr SCHMITE, 28, rue de Turin, Paris.
Dr SIMON, 2, rue de Fleurus, Paris (6e).

Dr TARGOWLA, 169, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr TARRIUS (J.), 22, avenue Junot, Paris (18e).
Dr TEULIÉ, Médecin-Chef, Asile de Vauclaire par Montpon-sur-Isle (Dordogne).
Dr TITECA (J.), 226, chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles (Belgique).
Dr TOURNAY, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e).
Dr TOYE, Médecin-Chef, Château de St-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr TRILLOT, Asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn).
Dr TRIQUENEAUX, 21, rue de France, Avesnes (Nord).
Dr TRIVAS, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr VANDERVELDE (Mme Jeanne), Résidence Palace, 38 *bis*, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr VERNET (G.), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Pr VERMEYLEN, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles (Belgique).

Dr VERSTRAETEN, Asile de Caritas, Melle-les-Gand (Belgique).
Dr VERVAECK (P.), 35, rue Verhulst, Uccle-Bruxelles (Belgique).
Dr VIALLEFONT, 4, passage Sonjon, Montpellier (Hérault).
Dr VIDAL (J.), 2, rue Stanislas-Digeon, Montpellier (Hérault).
Dr VIÉ, Médecin-Directeur, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
Dr VIEUX, Divonne-les-Bains (Ain).
Dr VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris.
Dr VINCENT (Clovis), Médecin des Hôpitaux, 78, avenue Kléber, Paris (16e).
Dr VULLIEN, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr VURPAS, 161, rue de Charonne, Paris.

Dr WESTPHAL, 2, place Joffre, Paris (7e).

---

## MEMBRES ADHERENTS A LA 41e SESSION

Dr ALBÈS, 58, avenue du Général Sarrail, Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr AUBRY, Médecin-Chef, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pr ABEL, 23, rue de la Ravinelle, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr BAHIA Junior, Directeur de l'Hôpital Conde Ferreira, Porto (Portugal).
Dr BEAUDOIN, Médecin-Chef, Asile de Maréville près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr BOBÉ, Médecin-Directeur, Asile de Vauclaire, Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr BOREL, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).

Dr CALMELS (A.), Président du Conseil général, 22, avenue des Gobelins, Paris.
Dr CARAVEDO, Médecin-Directeur, Hôpital Victor Larco Herrera Magdalena del Mar, Lima (Pérou).
Dr CART (Jean), 60, avenue Rumine, Lausanne (Suisse).
Dr CASALIS, Villa-des-Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr CHARPENEL, Médecin-Chef, Asile Montdevergues par Montfavet (Vaucluse).
Dr CHARUEL, Droyes par Montiérender (Haute-Marne).
Pr COLLIN, 33, boulevard Charles V, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr R. Coulonjou, Hôpital Maritime de Sidi Abdallah, Ferryville (Tunisie).
Dr Chavarot, 70, avenue de Boufflers, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
M. Dausset, Président de la Commission de Surveillance des Asiles, 10, rue Cortot, Paris.
Dr Del Greco, Docteur de l'Hôpital Psychiatrique, Aquila (Italie).
M. Delaville, Laboratoires Bialabo, 9, boulevard Malesherbes, Paris (8e).
Pr Drouet, 30, avenue Anatole France, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Ensch, 36, avenue Voltaire, Bruxelles (Belgique).

Dr Gauthier, 8, rue Baillet Revrion, Versailles (Seine-et-Oise).
Dr Godard, 103, rue de Brest, Dinan (Côtes-du-Nord).
Dr Got, Médecin-Chef, Asile de Sarreguemines (Moselle).
Dr Guichard, 77, route de Levens, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr Guibal, 14, boulevard Charles-V, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Heernu, 96, boulevard Brand, Witlock, Bruxelles (Belgique).
Dr Hécaen, Navire Ecole « L'Océan », Toulon (Var).

Pr Jacques, 41, avenue Foch, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Lafage, Médecin-Chef, Asile de Braqueville, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Lafourcade, 3, petite place Carnot, Beaune (Côte-d'Or).
Pr de Lavergne, 37, rue Gustave-Simon, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Le Bayon, Médecin-Directeur, Sanatorium Mombran, Agen (Lot-et-Garonne).
Dr Leconte, 6, rue Georges-de-Porto-Riche, Paris (14e).
Dr Le Guillant, Médecin-Directeur, Asile de La Charité (Nièvre).
Dr Lobligeois, 41, rue d'Amsterdam, Paris (8e).
Dr Loo, Médecin-Chef, Asile de La Charité (Nièvre).
Pr Lucien, 16, rue de Verdun, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

M. Mamelet, Directeur Asile Château Picon, Bordeaux (Gironde).
Dr Mareschal, Médecin-Directeur Hôpital Psychiatrique, La Manouba (Tunisie).
Dr Marti Ibanez, Directeur de la Santé Generalitat de Catalogne, Barcelone (Espagne).
Pr Mashar Osman Uzman, Professeur de Clinique, Université, Istambul (Turquie).
Dr Mathieu, 2, rue de Villers, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Meeussen, Colonie d'Aliénés de Gheel (Belgique).
Pr Merklen, Adjoint au Maire, Hôtel de Ville, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr MIGNARDOT, Clinique Sainte-Anne, Laxou, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pr MINKOWSKI, 55, Treistrasse, Zurich (Suisse).
Dr MINKOWSKI (E.), 132, boulevard Montparnasse, Paris (14e).
Dr MINKOWSKI (Mme), 132, boulevard Montparnasse, Paris (14e).
Dr MORIN, 15, rue Serpenoise, Metz (Moselle).
Dr MUNIER, 37, rue Victor-Hugo, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr PACHECOE SELVA ANTONIO CARLOS, Hôpital de Juquery, Sâo-Paulo (Brésil).
Dr PAPON, Asile de La Celette par Eygurande (Corrèze).
M. PERCHOT, Ancien Sénateur, 51, avenue Henri-Martin, Paris.
Pr PERRIN (M.), 6, rue Lepois, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pr PFERSDORFF, Clinique Psychiatrique, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr POTTIER, Médecin-Directeur, Asile de St-Dizier (Hte-Marne).
Dr PRIVAT DE FORTUNIÉ, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr RAMÉE, Médecin du Service de Psychiatrie, Hôpital Constantine (Algérie).
Pr PICHON, 63, rue Hermitte, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr ROUQUIER (M.), Lieutenant-Colonel, 5, rue Lyautey, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr ROUSSEAUX, 15, rue de la Commanderie, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr RUBENS TONY, Lede (Belgique).

Dr SCHOENNAGEL, Médecin-Chef, Stephansfeld Brumath (Bas-Rhin).
M. SEGUIN, Directeur des Affaires départementales, 2, rue Lobau, Paris.
Dr SENGLAR, Directeur, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Pr SIMONIN, 3, rue Saint-Lambert, Nancy (M.-et-M.).
Pr SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Médecine, Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr VALENCE, Maison de Santé Saint-Eugène, Alger (Algérie).
M. VARENNE, Ministère de la Santé publique, rue Tilsitt, Paris.
M. VETEL, Dr-adjoint, Préfecture de Police, 3, rue du Sommerard, Paris.
Dr VIVÈS SALVADOR, Chef des Services de Psychiatrie, Salo Fermi Galai, Barcelone (Espagne).
Dr VERAIN, 58 *bis*, rue de la Commanderie, Nancy (M.-et-M.).

# ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

ALLIER. — Hôpital Psychiatrique d'Yzeure près Moulins.
ALGÉRIE. — Hôpital Psychiatrique de Blida, Joinville.
ALLIER. — Colonie Familiale, Ainay-le-Château.
ARDÈCHE. — Asile Sainte-Marie, Privas.
ARIÈGE. — Maison de Santé départementale, Saint-Lizier.
BAS-RHIN. — Asile de Hoerdt.
BAS-RHIN. — Hôpital Psychiatrique de Stephansfeld, Strasbourg.
BASSES-PYRÉNÉES. — Asile Saint-Luc, Pau.
HAUT-RHIN. — Asile de Rouffach.
BELGIQUE. — Colonie Provinciale de Lierneux.
CALVADOS. — Etablissement du Bon-Sauveur, Caen.
CHARENTE. — Asile de Breuty-la-Couronne.
CHARENTE-INFÉRIEURE. — Asile de Lafond, près La Rochelle.
CHER. — Asile de Beauregard, Bourges.
CHER. — Colonie Familiale, Dun-sur-Auron.
CHER. — Colonie Agricole, Chezal-Benoît.
CÔTES-DU-NORD. — Asile du Bon-Sauveur, Bégard.
CÔTES-DU-NORD. — Asile de Plouguernevel.
CÔTE-D'OR. — Maison de Santé de la Chartreuse, Dijon.
DORDOGNE. — Asile de Vauclaire, Montpon-sur-l'Isle.
EUR-ET-LOIR. — Asile de Bonneval.
FINISTÈRE. — Asile de Quimper.
GERS. — Maison de Santé départementale, Auch.
GIRONDE. — Asile de Château-Picon, Bordeaux.
HAUTE-SAÔNE. — Asile de St-Rémy.
HAUTE-VIENNE. — Asile de Naugeat, Limoges.
ILLE-ET-VILAINE. — Asile Saint-Méen, par Rennes.
ISÈRE. — Asile de Saint-Robert, Saint-Egrève.
JURA. — Asile Saint-Ylie, près Dole.
LANDES. — Hôpital Psychiatrique Sainte-Anne, Mont-de-Marsan.
LOIRET. — Etablissement Psychiatrique de Fleury-les-Aubrais.
LOIR-ET-CHER. — Maison départementale de Blois.
LOZÈRE. — Asile de St-Alban.
MEURTHE-ET-MOSELLE. — Asile de Maréville, près Nancy.
MEUSE. — Asile d'aliénés de Fains.
MORBIHAN. — Hôpital Psychiatrique de Lesvellec, près Vannes.
MOSELLE. — Asile de Lorquin.
NIÈVRE. — Hôpital Psychiatrique, La Charité.
NORD. — Asile de Bailleul.

NORD. — Asile d'Armentières.
ORNE. — Asile d'aliénés, Alençon.
OISE. — Asile de Clermont.
RHÔNE. — Hôpital départemental du Vinatier, Lyon.
SARTHE. — Asile du Mans.
SAVOIE. — Asile de Bassens.
SEINE. — Asile de Villejuif.
SEINE. — Bibliothèque de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
SEINE-ET-OISE. — Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Moisselle.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Vaucluse par Epinay-sur-Orge.
SOMME. — Asile de Dury-les-Amiens.
TARN. — Hôpital Psychiatrique, Albi.
VAUCLUSE. — Asile de Montdevergues.
VAR. — Asile de Pierrefeu.

---

# MEMBRES ASSOCIES

Mme ALEXANDER.
Mme ALLAMAGNY.
Mme AUBRY.
M. BALATRE.
Mme BARBET.
Mme BARGUES.
Mme BEAUDOUIN.
M. BELFILS.
Mme BERSOT.
Mme BONHOMME.
M. BUISSON.
M. CARBON.
Mme CART.
Mme CHABANNES.
Mme CHARUEL.
Mlle CHARUEL.
Mme CHRISTY.
Mme COLLET.
M. COLLET.
Mlle DAMBIES.
Mme DECOMBE.
Mlle DECOMBE.
M. DECOMBE.
Mme DELAVILLE.
Mme EDERT-HUCH.
M. EDERT.
Mme ENSCH.
Mme GODART.
M. GUYOT.
Mme HAMEL.
Mlle HAMEL.
Mme HANSEN.
Mme HESNARD.
M. HUBERT (Louis).
M. HAMEL (Michel).
Mme LAFOURCADE.
Mme LANGLOIS.
M. LANGLOIS.
Mme LASSALLE.
Mme LAUZIER.

Mme Le Bayon.
Mme Leculier.
Mme Lépine.
Mme Leroy.
Mme Lobligeois.
Mme Mamelet.
Mme Marchand.
Mme Mazhar Osman Uzman.
M. Mazhar Osman Uzman.
Mme Meeussen.
Mme Meignant.
Mme Meuriot.
Mme Michon.
Mme Mignardot.
M. Millot.
Mme Minkowski.
Mlle Minkowski.
Mme Miranda (De).
Mme Mouchette.
Mme Olivier.
Mme Papon.
Mme Paul-Boncour.
Mme Petit.
Mlle Petit.
Mme Pottier.
Mme Prince.
Mme Privat de Fortunié.
Mme Roger.
Mme Rondepierre.
Mme Rouquier.
Mme Rubenovitch.
Mme Senglar.
Mme Simon.
M. Stem.
Mme Trillot.
Mme Valence.
M. Vallade.
Mme Verstraeten.
Mme Verain.

# SÉANCE INAUGURALE

# SEANCE INAUGURALE DU 30 JUIN 1937

---

*La séance solennelle d'ouverture de la XLI[e] session a eu lieu le 30 juin 1937, à 9 h. 30, dans les grands salons de l'Hôtel de Ville de Nancy, sous la présidence de M. le Docteur* SCHMITT, *Maire de la ville de Nancy.*

*Sur l'estrade avaient pris place :* M. BOSNEY, *Préfet de Meurthe-et-Moselle,* M. SPILLMANN, *Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, ainsi que les délégués officiels et les membres du Bureau de la XLI[e] session.*

*Dans l'assistance, très nombreuse, l'on remarquait : M. le Procureur général, M. le général* SCHICKLÉ, *MM. les Consuls de Belgique et d'Italie, M. le Vicaire Général, représentant Monseigneur l'Evêque de Nancy et de Toul, M. le Grand Rabbin, M. le Pasteur, M. le Procureur de la République, MM. les membres du Conseil municipal, MM. les Vice-Présidents de la Commission des Hospices et de la Commission de Surveillance de l'Hôpital Psychiatrique de Maréville, MM. les Présidents du Syndicat des Médecins de Nancy et de la Société de Médecine de Nancy, etc...*

*M. le Maire, après avoir prononcé une chaleureuse allocution de bienvenue, déclara ouverte la XLI[e] session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue française, et donna la parole aux délégués officiels, puis au Docteur* OLIVIER, *président du Congrès, qui prononça le discours d'usage.*

---

## Allocution de M. le Docteur Schmitt

*Maire de Nancy*
*Président de la séance inaugurale*

Monsieur le Président,

Mesdames,

Messieurs,

L'ordonnance impeccable, la haute tenue, l'éclat des Congrès de l'Association des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française sont une tradition dont vous êtes justement fiers. Comme ses prédécesseurs, votre distingué et aimable secrétaire annuel, le Docteur Hamel, a mis tout son cœur et tout son dévouement à la réalisation de cette organisation du Congrès d'aujourd'hui. J'en fus témoin. Et cependant ce Congrès commence par une déception dont je viens de lire l'expression dans tous les regards lorsque je me suis levé. Vous vous apprêtiez à suivre les développements originaux du distingué directeur de l'Ecole d'Anthropologie de Paris ; vous vous apprêtiez à applaudir à la parole abondante et variée du Président du Conseil général et Député de Meurthe-et-Moselle, mais cette satisfaction vous est refusée. Tard dans la nuit, M. Marin, ancien Ministre de la Santé Publique, a fait connaître que, retenu par les délibérations de la Chambre, il regrettait de ne pas pouvoir être des nôtres. Nul plus que moi ne le regrette.

Appelé à ce fauteuil dont je mesure tout le prix, je mesure également la vanité qui consisterait à essayer de remplacer M. Marin dans son discours inaugural.

Messieurs, laissez-moi simplement accomplir les devoirs agréables de ma charge de Maire, en vous remerciant de m'avoir associé à vos manifestations et en apportant le souhait de déférente et cordiale bienvenue de la Cité aux savants étrangers et français qui ont choisi Nancy et accepté les salons de son Hôtel de Ville pour la séance inaugurale de leur Congrès.

Des communications entendues et discutées, des idées échangées, des visites faites jailliront certainement des lumiè-

res nouvelles sur les problèmes délicats inscrits à votre ordre du jour. C'est là le but désintéressé de vos travaux, dont vous emporterez des souvenirs précieux et durables.

Ces souvenirs, le Maire de Nancy se permet d'espérer, sans être taxé de trop de témérité, que, dans votre mémoire, vous ne les dissocierez pas du lieu où ils sont nés et que, parfois, vous évoquerez la Ville aux portes d'or qui est fière de vous accueillir et qui, à la manifestation de ce soir, ici même, sera joyeuse de vous compter tous parmi ses hôtes éminents.

Il me reste également à remercier mes concitoyens, les hautes personnalités civiles et militaires qui ont bien voulu se joindre à moi pour vous accueillir.

Je déclare donc ouverte la quarante et unième session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

## Allocution de M. le Professeur de Craëne

*Au nom des délégués du Gouvernement et des Sociétés savantes de Belgique*

Monsieur le Président,

Mesdames, Messieurs,

Le Gouvernement belge m'a chargé d'apporter au quarante et unième Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française les vœux qu'il forme pour la parfaite réussite de ses travaux. Ces travaux se dérouleront dans le cadre de la capitale de la Lorraine dont tous les Belges admirent l'énergie tenace, la froide résolution et l'enthousiasme réfléchi. Permettez-moi d'ajouter, au nom de mes compatriotes et de moi-même, que c'est avec joie que nous nous retrempons dans l'atmosphère si particulière et si agréable de ces Congrès, dans lesquels le travail est accompli simplement et sérieusement, dont les délassements nouent les liens de la confraternité et de la camaraderie et où, enfin, se créent des amitiés particulièrement durables.

## Allocution de M. F. Varenne

*Au nom des délégués des Ministères et des Sociétés savantes de France*

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Au nom des délégués du Gouvernement français, j'ai le grand honneur de saluer ici les représentants de la Ville de Nancy et les représentants du Département de Meurthe-et-Moselle. Je suis chargé, par M. Marc Rucart, Ministre de la Santé Publique, de dire aux membres du Congrès tout l'intérêt qu'il porte à leurs travaux. M. Marc Rucart n'oublie pas qu'il est vosgien, qu'il est de cette grande famille, comme M. Louis Marin qui devait présider ce Congrès aujourd'hui, d'hommes représentant les départements de l'Est qui ont à un si haut degré le sens de l'intérêt national.

L'intérêt national, Mesdames, Messieurs, vous le représentez dans votre Congrès. A l'heure actuelle, tant de choses aussi bien sur le terrain politique que sur le terrain social et sur le terrain économique ou commercial, se coalisent pour élever les barrières des dissentiments entre les nations, qu'il faut bien que la science soit là pour apaiser certains de ces dissentiments et adoucir ces conflits.

Votre Congrès est un lien précieux entre les nations de langue française. J'ai suivi, pendant plusieurs années, à un autre titre que celui qui m'amène aujourd'hui parmi vous, les travaux de vos Congrès, et je sais, comme le rappelait tout à l'heure M. le Maire de Nancy, que du jaillissement d'idées de vos travaux découlent des enseignements précieux, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue social, soit au point de vue administratif, et ces enseignements, les Gouvernements et les Administrations sont toujours heureux de les recevoir.

Votre Congrès va s'ouvrir aujourd'hui par une nouvelle que je vous apporte et qui va, j'en suis sûr, remplir de joie tous les congressistes. M. Marc Rucart, Ministre de la Santé publique, faisant sienne une promesse de son prédécesseur M. Henri Sellier, sur la proposition du Président de ce quarante et unième Congrès, le Docteur Olivier, a décidé de nommer votre ami, le Docteur Charpentier, Officier de la Légion d'honneur.

Je n'apporte pas au Docteur Charpentier cette décoration parce que je n'en ai pas le droit, seul un Ministre en exercice peut, au cours d'un déplacement, apporter lui-même la croix de la Légion d'honneur. Mais le Grand Chancelier de la Légion d'honneur a signé hier la promotion du Docteur Charpentier et cette promotion paraîtra bientôt au *Journal Officiel.*

Messieurs, je ne ferai pas l'éloge du Docteur Charpentier, il est un peu le père de ce Congrès, vous le connaissez tous, vous savez quelle est sa valeur, je sais par vos applaudissements de tout à l'heure quelle sympathie vous avez pour lui. Je souhaite simplement que votre Congrès, ouvert sur d'aussi heureux auspices, soit fécond en résultats.

## Allocution de M. le Docteur Hansen

*Délégué du Gouvernement*
*du Grand Duché du Luxembourg*

Mesdames, Messieurs,

C'est pour moi un honneur et un plaisir de pouvoir assister régulièrement aux réunions annuelles si intéressantes de notre Congrès.

Je me réjouis de retrouver à cette occasion non seulement des confrères charmants et sympathiques, mais aussi de revoir une ville élégante et superbe à laquelle me relient d'agréables souvenirs d'étudiant. Nancy, ville appréciée et familière à tous les Luxembourgeois, je te salue ainsi que la belle Lorraine au glorieux passé. Mes compatriotes, dès leur jeune âge, éprouvent et suivent l'attirance de ce milieu cultivé ; les uns en venant puiser la science aux sources vives d'une faculté célèbre à juste titre ; d'autres attirés par le charme émanant d'une vieille culture. A tous ce contact a laissé le souvenir persistant d'un accueil aimable et sympathique qui répond aux anciennes traditions du peuple français. Donc, depuis longtemps l'amitié est scellée, et je m'estime heureux de pouvoir l'appuyer en rappelant ce lien au moment de notre quarante et unième session à laquelle je souhaite, avec mon Gouvernement, la pleine et fructueuse réussite des précédentes.

## Allocution de M. le Professeur Minkowski,

*au nom des Délégués des Sociétés Savantes de Suisse*

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous apporter les saluts confraternels les plus cordiaux de la Société suisse de Neurologie et de la Société suisse de Psychiatrie. Je vous apporte également les hommages et les meilleurs vœux de la Société de Psychiatrie et de Neurologie de Zurich, de la Clinique Psychiatrique de Burghölzli, de l'Institut d'Anatomie cérébrale et de la Policlinique des Maladies Nerveuses de l'Université de Zurich.

Il y a un an environ, vous avez bien voulu tenir votre Congrès en Suisse, en grande partie en Suisse alémanique. Nous avons hautement apprécié le grand honneur et cette marque d'amitié particulière que vous nous avez témoignés en venant siéger dans des cantons de langue allemande. Nous avons volontiers profité de cette occasion pour resserrer encore davantage les anciennes et multiples relations scientifiques et personnelles qui unissent la neurologie et la psychiatrie de la Suisse à celles de la France et des autres pays de langue française. Nous avons gardé, de votre visite en Suisse, un souvenir inoubliable ; nous sommes heureux de pouvoir vous la rendre aujourd'hui en venant siéger parmi vous, dans cette vieille et noble ville de Nancy, ancienne cité lorraine et française, renommée pour son patriotisme ardent, qui s'est toujours manifesté et affirmé en des heures tragiques, comme pour son architecture, sa peinture, son activité scientifique, industrielle et commerciale.

En notre qualité de neurologues et de psychiatres, nous sommes heureux de nous retrouver à Nancy où ont été posés les fondements d'un des plus grands progrès de la neurologie, de la psychiatrie et de la médecine moderne en général, je veux dire les fondements de la psychothérapeutique scientifique. C'est en effet ici que Liébeault développa sa méthode de thérapeutique suggestive ; c'est ici que, bravant l'opposition presque unanime de ses confrères et le discrédit attaché à tout ce qui touchait, même de loin, à ce qu'on appelait alors le magnétisme animal, il perfectionna la doctrine et la prati-

que de la suggestion et démontra qu'on peut influencer par cette voie psychique la plupart des sujets et obtenir ainsi des résultats favorables. C'est ici, après des années de labeur ardu et de déceptions de toutes sortes, années vécues presque complètement en dehors du monde officiel et consacrées seulement au bien des malades, qu'il publia, en 1866, son travail capital « Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique ». C'est ici aussi que les idées de Liébeault, malgré toutes les difficultés, se frayèrent la voie successivement et qu'elles furent reprises et développées notamment par Bernheim, professeur de clinique médicale, auteur de « La suggestion et de ses applications à la thérapeutique », désormais classique. D'une manière extrêmement lucide, Bernheim y exposait la méthode de l'hypnotisme et les divers phénomènes que l'on peut déterminer chez des sujets hypnotisés. En développant une vaste théorie générale du mécanisme psychologique de ces phénomènes, Bernheim, après Liébeault, est devenu le grand promoteur de l'Ecole de Nancy, qui, depuis, a eu des répercussions extrêmement importantes et fertiles dans tous les domaines de la médecine et de la psychologie, voire même de la sociologie.

En ce qui concerne, en particulier, la neurologie et la psychiatrie, on peut dire, sans exagération, que la psychothérapeutique moderne dans ses différentes modalités, suggestive, persuasive, cathartique, que la méthode des associations libres et la conception de l'inconscient de Freud, bref, la psycho-analyse, auraient été impossibles sans le travail précurseur fondamental de l'Ecole de Nancy.

En Suisse, en particulier, l'influence de cette Ecole ne tarda pas à se faire sentir et à favoriser le progrès de notre science. Auguste Forel, le grand psychiatre suisse, nous dit, dans son autobiographie, combien l'étude de l'œuvre de Bernheim sur la suggestion l'impressionna, en lui éclaircissant d'un coup bien des énigmes et en lui donnant notamment une vue d'ensemble nouvelle des relations du corps et de l'esprit. Il se rendit bientôt à Nancy où Bernheim le reçut de la manière la plus aimable et l'initia aux phénomènes de l'hypnotisme et de la suggestion. Après avoir passé 5 jours seulement à Nancy, Forel revint en Suisse et commença aussitôt à y appliquer les nouvelles méthodes, surtout aux malades de l'asile de Burghölzli à Zurich, en inaugurant ainsi un vaste mouvement psychothérapeutique dans son pays.

Liébeault a parlé de l'influence du moral sur le physique et des effets bienfaisants que l'on peut obtenir par cette voie. *Mutalis mutardis,* on pourrait parler également de l'influence du moral sur la vie sociale ; et puisque nous traversons des heures graves, en France comme ailleurs, permettez-moi encore de vous apporter de la Suisse ce vœu, que l'influence du moral sur la vie sociale s'accentue. En neurologues et en psychiatres, nous sommes appelés à étudier et à soutenir la personnalité humaine dans ce qu'elle a de plus intime et de plus profond. Faisons donc de notre mieux pour la soutenir non seulement dans sa souffrance individuelle, mais aussi dans ses souffrances sociales, et pour rechercher des moyens de guérir ou du moins de soulager les maux de la vie sociale, en favorisant une évolution libre et continue, par des sacrifices réciproques et un effort commun vers l'idéal ! C'est là le vœu que je me permets de vous adresser, Mesdames et Messieurs, au nom des Sociétés Neuro-psychiatriques de la Suisse.

## Allocution de M. le Professeur Mazhar Osman Uzman

*Délégué du Gouvernement de la République de Turquie*

Monsieur le Président,
Messieurs les membres du Bureau,
Mesdames et Messieurs,

Je suis reconnaissant aux circonstances qui me fournissent l'honneur et le plaisir de saluer cette année-ci, encore, les aliénistes et les neurologues de France et des pays de langue française que j'ai eu l'occasion d'approcher à Lyon, à Bruxelles et à Bâle.

Je suis très sensible de la sympathie et de la gentillesse que les savants de France montrent à la nation que je représente et à son gouvernement. Entreprendre ce voyage en France, malgré les innombrables difficultés que l'on a à cause de la question des devises, est une preuve de plus du grand intérêt que porte mon gouvernement à ce Congrès. Ne pouvoir venir, ne pouvoir se trouver parmi vous m'aurait vivement affecté. Visiter la patrie des grands savants qui les premiers ont

reconnu la psychose mineure, la patrie de Liebault et Bernheim, que nous comprenons bien et nous estimons entre tous est pour moi, simple amateur de la science, aussi sacré qu'un pèlerinage mystique. Visiter et jouir de cette partie de la France aux mille particularités, de ses eaux thermales, de ses stations de repos et de cure, seront pour mes compatriotes et pour moi du plus grand intérêt. Ne pouvant, comme chaque année, que vous présenter nos saluts les plus sincèrement cordiaux, seulement, je suis heureux quand même de pouvoir porter à mon pays d'innombrables souvenirs et une grande somme de bagage scientifique.

Vous êtes les hommes de science généreux d'une nation qui distribue au monde haute culture et suggère l'amour de la liberté. Vous êtes les hautes et mûres personnalités d'un pays qui le premier a lutté pour la liberté et qui en a donné le goût aux nations. Vous serez toujours, à l'avant-garde, les modèles pour ceux qui combattent pour la liberté et la démocratie. Je suis le représentant d'une ancienne nation valeureuse, qui se réveille et qui vous tend avec estime et respect, la main. Notre plus grand but idéal est de pouvoir vous suivre dans les voies glorieuses que vous avez tracées et pouvoir marcher de pair avec vous la main dans la main. Un tel idéal pourrait paraître fantastique pour une nation qui n'est encore qu'au début de ses efforts. Mais vous savez tous ce qu'une forte volonté et des puissantes suggestions peuvent réaliser. Rien qu'à considérer la voie déjà parcourue depuis onze ans avec le régime d'Ataturk, la vitesse et la force de notre marche en avant, la grande révolution sociale, politique, civique, que nous avons faite, que cette révolution est à son terme et que nous n'avons aucun fort obstacle à surmonter sinon à marcher dans des voies droites et unies, vous estimerez qu'à cause de cela, nous désirons plus que tous et tout au monde la Paix.

Nous aimons la France et les Français, qui, les premiers parmi tous, ont compris les hauts sentiments qui nous animaient et les sacrifices sans nombre que nous avons faits pour la liberté et l'indépendance. Je suis venu pour vous exprimer encore une fois ce profond amour.

Je suis heureux de pouvoir vous présenter, au nom de la république turque, créée dans son nouveau rythme par Ataturk, du Ministère de l'Hygiène publique et de l'Université de Stamboul, mes salutations les plus sincèrement cordiales.

# Discours inaugural

## de M. le Docteur M. OLIVIER

## Président de la XLI^e Session du Congrès

Monsieur le Président,
Monsieur le Préfet,
Monsieur le Doyen,
Mesdames, Messieurs,

Il vous a plu, Monsieur le Maire, d'accepter, avec une cordialité charmante, la présidence de cette séance inaugurale de notre 41^e session. Nous sentons tout le prix de votre geste accueillant dont nous sommes honorés et je vous en exprime au nom de tous, la plus vive gratitude. Vous avez, avec une rare bonne volonté, facilité la tâche délicate de nos organisateurs. Louanges vous soient rendues. Vous avez mis à notre disposition pour cette cérémonie la magnifique salle des fêtes de cet Hôtel-de-Ville qui porte la marque d'une harmonieuse richesse architecturale, et qui est évocateur de souvenirs historiques si passionnants. Le hasard a voulu que, moi, méditerranéen, né sous un ciel romain, après un long séjour au milieu des splendeurs de la Renaissance des bords de la Loire, j'apporte en cette circonstance mon témoignage affectueux à la Ville de Nancy.

Cette ville n'est pas seulement, pour nous, le théâtre des admirables réalisations urbanistes du XVIII^e siècle, d'une industrie florissante, mais elle symbolise encore à nos yeux les marches de Lorraine qui, perpétuellement au cours des siècles, ont été déchirées par l'invasion. Nous savons quelles sont les hautes vertus secrètes de vos populations.

Souffrez que nous communions tous aujourd'hui, avec la diversité de nos origines provinciales, sous le signe de l'unité et de la langue françaises.

Nous avions espéré que M. Louis Marin, Président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, pourrait siéger ce

matin au milieu de nous. Mais les événements parlementaires ne lui ont pas permis d'être libre en temps opportun. Nous lui manifestons tous nos regrets, d'autant que sa qualité d'ancien Ministre de la Santé publique le désignait, d'une façon toute spéciale, pour assister à l'ouverture de nos débats.

Mais étant donné les liens étroits qui rattachent les Médecins du Cadre des Hôpitaux Psychiatriques au Ministère de la Santé publique, mieux que quiconque, nos avons connu ses efforts, et ce m'est une occasion de lui rendre ici un public et solennel hommage.

Nous regrettons que M. Désiré Ferry, ancien Ministre de la Santé publique, se trouve retenu aujourd'hui à Paris. Il m'eût été agréable de lui rappeler combien nous conservons fidèle le souvenir du rôle utile dont il s'est acquitté naguère dans l'exercice de ses hautes fonctions.

Je dois manifester toute notre reconnaissance déférente aux autorités de cette ville et de ce département, qui, avec une bonne grâce incessante, se sont appliquées à favoriser l'organisation et le succès de ce Congrès.

Je remercie tout d'abord les membres du Comité d'honneur qui nous ont apporté un concours moral si précieux, dont nous avons été profondément touchés, je veux parler des personnalités politiques, administratives, universitaires, militaires, judiciaires, confessionnelles, médicales, MM. les Consuls.

Je remercie, d'une façon toute spéciale, M. Bosney, Préfet de Meurthe-et-Moselle, qui nous a accueillis avec la plus aimable sympathie et dont l'action bienfaisante s'est heureusement exercée pour la réussite de notre Congrès. Au début de sa carrière administrative, M. Bosney a exercé sa tutelle éclairée sur notre énivrante Sologne loir-et-chérienne où va s'écouler bientôt une partie de ma vie. C'est là une coïncidence qu'il m'est agréable de rappeler au passage. J'aurais d'ailleurs d'autres occasions de lui exprimer tous nos sentiments de respectueuse reconnaissance.

M. le D^r^ Schmitt a été secondé par deux personnalités qui méritent nos plus vifs éloges, ce sont MM. Godfrin, Adjoint au Maire, Président de la Commission des Fêtes et le D^r^ Merklen, Professeur agrégé à la Faculté, Adjoint au Maire. Ils se sont dépensés sans compter avec l'aide des chefs des services municipaux pour la réussite du Congrès. Nous leur savons un gré infini du programme si raffiné, de goût si nuancé qu'ils ont conçu, et dont la réalisation a été facilitée

par la bienveillance de M. Bertin, Directeur des Services de la Ville. Mais il est une autre personnalité à qui va aussi notre reconnaissance, c'est M. le Baron Riston, Président du Syndicat d'Initiative. Il a mis, avec le zèle le plus gracieux, à la disposition du Comité d'Organisation, tous les moyens d'action possibles.

Je sais tout le prix des concours que nous ont prêtés M. le Recteur de l'Université, M. le Doyen de la Faculté de Médecine, M. le Directeur du Service de Santé. M. le Professeur Santenoise, M. le Professeur Lucien, d'autres encore, à des titres divers, se sont ingéniés à soutenir les efforts des organisateurs. Je leur adresse à tous l'expression de mes sentiments les plus respectueusement obligés.

Je dois aussi faire part à M. le Général Réquin de notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle il a mis à notre disposition la musique militaire qui donnera à notre manifestation le plus vif éclat, samedi prochain, dans les jardins de la Pépinière.

Enfin, nous avons, chaque année, la très grande joie d'avoir au milieu de nous, avec les Médecins des Pays de langue française, les représentants officiels de chacune de ces Nations. Leur collaboration à l'œuvre commune nous est, moralement et scientifiquement, précieuse. En les remerciant de tout cœur de leur fidèle présence, nous les prions de transmettre à leurs gouvernements, nos plus déférents hommages.

Mais ici, je dois une mention particulière de gratitude au représentant Grand Ducal, M. le Dr Hansen, dont nous savons les étroites et assidues relations avec Nancy.

Dans ce concert de remerciements, je n'aurai garde d'oublier les metteurs en œuvre directs de ce Congrès, dont l'intelligent dévouement n'a d'égal que la souriante modestie. Il s'agit, en l'occurrence, des Membres de notre Bureau : M. le Dr Combemale, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, notre Secrétaire général permanent, notre Trésorier, le Dr Vignaud et M. le Dr Hamel, Médecin-Chef de Maréville, chargé du Cours à la Faculté de Médecine de Nancy, Secrétaire local du Congrès, dont l'action, heureusement concertée, a abouti aux plus brillants résultats. Nos rapporteurs méritent aussi une attention vigilante et des félicitations très vives. Ils ont élaboré, dans le silence du cabinet et auprès du lit des malades, de savantes études qui vont faire l'objet de vos judicieuses discussions.

Je regrette vivement que le nouveau Ministre de la Santé publique, M. Marc Rucart, dont on connaît la haute conscience et les grandes qualités laborieuses, n'ait pu, pour des raisons majeures, participer à cette séance inaugurale, où ses fonctions de Ministre de la Santé publique et ses origines vosgiennes, l'appelaient doublement.

Nous le remercions cependant de l'intérêt qu'il veut bien porter à notre activité scientifique et professionnelle en déléguant, pour le représenter, M. Varenne. Nous connaissons M. Varenne de longue date. C'est un esprit averti des problemes qui nous préoccupent. Nous savons l'action efficace médico-administrative qu'il joue dans les Conseils du Gouvernement. Nous le saluons avec la plus cordiale sympathie. Nous adressons en même temps aux délégués des autres Ministères ici présents, l'expression de notre chaleureux accueil et de nos sentiments de sincère solidarité. Il me reste maintenant, après la nouvelle que nous apporte M. Varenne, un devoir bien agréable et bien doux à remplir, c'est d'offrir à notre ami, le Dr R. Charpentier, nos félicitations les plus affectueuses pour la distinction si méritée que vient de lui conférer le gouvernement de la République.

Je suis assuré d'ailleurs d'être l'interprète de tous les Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française en affirmant que ce témoignage officiel de reconnaissance concorde absolument avec celui que nous lui consentons dans nos cœurs.

Le Dr R. Charpentier a été, depuis près de 20 ans, le laborieux et brillant animateur de nos Congrès. Avec de rares qualités de compréhension et de pénétration, il a su maintenir le contact étroit dans le domaine neuro-psychiatrique, entre les pays de langue française. Il a été notre messager fidèle et clairvoyant.

Président de la Société Médico-Psychologique de France, Directeur des *Annales Médico-Psychologiques,* le Docteur R. Charpentier n'est étranger à aucun des courants de la neuropsychiatrie. Perpétuellement l'esprit en éveil, attentif à tous les événements, doué à un rare degré de l'esprit d'à propos, il est le tact et la courtoisie en personne.

C'est un collègue et un ami exquis à qui il me plaît de rendre un hommage d'autant plus ému que dans un lointain qui s'estompe hélas, nous entrions ensemble dans la carrière com-

mune. Aussi nulle rosette de la Légion d'honneur ne pouvait être mieux placée.

Un usage respectable a prévalu, qui confère au Président annuel de nos Congrès, la mission de traiter, dans son discours inaugural, le thème de ses préférences. C'est un bien dangereux privilège qui peut conduire aux plus graves imprudences.

D'éminents prédécesseurs ont su évoquer, devant vous, en une langue impeccable, les problèmes les plus attrayants, avec une rare pénétration d'esprit. Je voudrais à mon tour, effleurer aujourd'hui, une question dont l'imposante majesté m'écrase, puisqu'elle met en cause des sentiments primordiaux de l'âme humaine. Aussi, ai-je besoin de votre indulgence compréhensive, ma seule prétention se limitant, en ces conjonctures, à susciter vos méditations sur un sujet vieux comme le monde, qui appelle l'éternelle requête du psychologue et du médecin.

J'assume donc le redoutable honneur d'inaugurer la séance de ce Congrès. Aucun titre spécial ne me désignait, si ce n'est une carrière déjà longue et votre amicale sympathie. Permettez-moi de vous exprimer, pour ce témoignage de bienveillante estime et de confiance dont s'honore ma modestie, les sentiments les plus simplement émus de ma reconnaissance.

## DU PESSIMISME A L'OPTIMISME

Les bouleversements économiques et sociaux que la guerre a engendrés, les répercussions profondes et universelles qui en ont été la conséquence, dans tous les modes de l'activité humaine, l'accélération des transformations techniques, ont provoqué des réactions morales et psychologiques multiples, des désagrégations, des fermentations, en un mot une rupture de l'équilibre relatif dans lequel, jusque-là, le monde civilisé semblait vivre. Sous l'influence de ces événements, les sociétés, les groupements, les individus désemparés, s'interrogent. Tous les credos sont remis en question. L'inquiétude gagne de proche en proche. Le sentiment de l'incertitude du lendemain se généralise. La notion de la vanité de tout effort s'insinue dans certains esprits, l'anxiété saisit les autres. Rien n'apparaît stable et durable.

La crainte, l'effroi, la terreur même, colorent les diverses formes de ce pessimisme social et individuel.

C'est comme une manière moderne de la Grande Peur dont les âmes médiévales étaient hantées, aux approches de l'An Mille.

Les journaux quotidiens flamboient de titres et de manchettes affolants. C'est un véritable régime de douches écossaises. Aujourd'hui, c'est l'imminence de la guerre, demain, celle de la révolution. Ici, c'est la grève générale prochaine, là c'est une catastrophe financière en perspective ; plus loin, c'est une invasion de gangsters ou l'apparition d'une épidémie inconnue. C'est une mentalité de panique qu'ils entretiennent, une disposition à la psychose qu'ils cultivent, même s'il est vrai que rien n'est à cette heure de tout repos.

Au cours de ces dernières années, au lendemain de la guerre, avant que cette vague de pessimisme n'étende ses manifestations dans les milieux les plus divers, déjà une jeune pléïade d'écrivains s'étaient faits les interprètes les plus raffinés de ce sentiment. Qu'est-ce que l'Homme ? Qu'est-ce que la Vie ? Pourquoi Vivre ? Eternel problème que chaque génération se pose, à sa façon, inlassablement, mais qui redonne aujourd'hui, à cette littérature, le cachet d'une inquiétude douloureuse spéciale. Sans doute Bergson, Proust, Pirandello, Gide avaient ouvert la voie.

Leur enseignement brisait les cadres des conceptions rigides d'avant-guerre, montrait l'insaisissabilité du temps, l'instabilité des choses, la coexistence simultanée des contraires, la réduction de la conscience apparente, par rapport à l'énormité de l'inconscient dans la profondeur duquel il faut rechercher les motivations de nos actes.

Ces jeunes générations, à l'instar de leurs aînées, souffrent du mal du siècle, mais leur hantise n'est pas de mourir dans un lit d'hôpital. L'esprit romantique est dépassé. Leur souffrance n'est pas de même nature, elle est plus intellectuelle que morale. Et, cependant, en dépit des différences ce sont de jeunes écrivains, c'est Jacques Vacher, c'est René Trevel, qui, l'âme déchirée, dissociée, disparaissent volontairement de ce monde.

De leur côté, les dadaïstes manifestent leur volonté de libérer le monde poétique de son asservissement au monde matériel. Ils dénoncent âprement la faillite de la raison et de la

société. Ils proclament ce qu'ils appellent *le refus du réel* tel qu'on le décrit dans les Pas Perdus d'André Breton ou dans l'Anicet de Louis Aragon.

Les surréalistes, à leur tour, déclarent que la vie réelle n'a aucune signification. Aussi leur production littéraire porte-t-elle la marque d'une tendance à la fugue, à l'évasion, au rêve. L'intérêt de la vie ne réside pas dans le substantiel durable, mais dans l'imprévu, le hasard, l'aventure. La vie réelle a moins de certitude que celle que l'on se représente. Ils dénoncent la faillite du monde intérieur, l'impuissance de la sincérité, la précarité de la vie spirituelle, les contradictions, les mensonges qui en sont la trame. Une telle dissection aboutit forcément à la rupture, à la dissolution de la personnalité comme dans le Bon Apôtre de Philippe Soupault.

Toutes les réalités étant indécises, on garde indéfiniment la faculté du choix. Aussi, faut-il toujours rester disponible, selon la formule à la mode.

« Je sens venir l'instant, dit Daniel Rops, pour moi, semblable à une mort prématurée où le choix m'aurait fixé ».

« Je n'ai pas connu, dit Chanteville, le sentiment de la pérennité. Je passe mon temps à courir après des idées, des moments et la vie court plus vite que moi ». D'après Alfred Collings, l'une des caractéristiques de cette génération d'écrivains, c'est un pessimisme foncier accompagné d'une lucide fureur de vivre. Mais il s'agit là d'une attitude intellectuelle.

Le jeune poète philosophe, Léo Ferréro, irrésistiblement attiré par le problème de la souffrance, tiraillé par les événements contemporains, n'exprimait-il pas à son tour, dans le petit volume des vers et pensées — *Désespoirs* — pieusement recueilli par sa mère, son sentiment de détresse incoercible ?

Mais ce pessimisme, qui révèle chez ces jeunes auteurs une douloureuse dislocation psychologique, a trouvé dans l'œuvre récente de Céline, son expression la plus brutalement cynique et la plus cruellement négatrice. Son style, dans sa truculence scatologique, n'est pas seulement la forme verbale dont il revêt sa pensée, il est la texture même de sa philosophie. Schopenhauer avait dit jadis : « Ce monde réel avec ses soleils et sa voie lactée, qu'est-il ? Rien. » Pour Céline, ce n'est pas le sentiment du Néant que lui inspire le monde. C'est moins que rien, c'est l'inextinguible dégoût.

Mais cette inquiétude, cette désaffection du réel qui ont

gagné l'univers entier sont l'expression, à un moment donné, de l'éternel problème de la souffrance et de la douleur devant la destinée humaine.

Toutes les sociétés, toutes les civilisations ont connu les plus dures épreuves. Elles ont, néanmoins, franchi ces étapes ou se sont transformées. Nous n'échapperons pas à l'inéluctable loi commune. Des espérances commencent à surgir dans les pénibles gestations qui s'élaborent.

L'expérience nous convie donc à *l'optimisme ?* mais quelle est la vertu magique de ce mot ? Que contient-il ?

Depuis qu'il y a des hommes, et qui pensent et qui sentent, l'optimisme et le pessimisme se partagent :

Les ressorts de l'âme humaine, coexistent en elle avec des oscillations, des degrés, des intensités variables. Ces deux sentiments se conditionnent bien souvent l'un l'autre. Ils servent de substratum au drame de la destinée.

Psychologiquement, l'optimisme traduit un sentiment de confiance, de certitude, de foi dans le présent et l'avenir. Il est épanouissement, sérénité, force tranquille, plénitude, propension, tendance à la gaieté, à la joie, à l'exaltation heureuse, au rêve libérateur. Mais cet état d'âme, dont les contours sont indécis et qui recèle tant de nuances infinies, est bien plus le fait de dispositions natives du caractère que d'une formation éducatrice. Aussi prend-il la forme de chaque individualité.

Partout où s'exerce l'activité spirituelle, morale, intellectuelle, matérielle de l'homme, partout il y a nécessairement une façon pessimiste ou optimiste d'envisager les choses.

Il ne m'appartient pas de m'aventurer imprudemment sur les chemins de la controverse philosophique et religieuse. Ce n'est ni l'heure ni de ma compétence. Mais, tout aperçu, même panoramique sur l'optimisme, ne peut se concevoir sans évoquer, fût-ce à bâtons rompus, les grandes thèses émises au cours de l'histoire et auprès desquelles on peut trouver des sources de rafraîchissement.

L'optimisme est un problème spirituel et moral, il est un problème individuel et pratique. C'est un problème social. Il inspire l'Art et la Littérature qui en subissent les courants ; il est tributaire de la Science, il est un problème médical dans l'ordre pathologique comme dans l'ordre thérapeutique.

Aussi, depuis l'origine des temps, les penseurs n'ont-ils cessé de consacrer leurs efforts à l'élucidation de cet insaisissable protée.

Dans *l'antiquité païenne,* au cours de la civilisation hellénique, une interdépendance étroite associe la nature, la vie humaine, la cité, la pensée philosophique et les mythes religieux.

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les aspirations de l'homme vers le bonheur.

L'optimisme est la forme la plus élevée de la sagesse, mais il revêt ce caractère de relativité consciente qui n'est pas sans grandeur et sans efficacité, même s'il n'est pas animé par les effluves de l'affectivité.

Durant l'ère classique hellénique, après les crises dyonysiaques et orphiques qui avaient entretenu la passion et l'exaltation délirante de la personnalité, il y a plus d'accent et plus de profondeur dans la conception.

L'esprit hellénique dépasse alors le pessimisme et donne libre cours aux métaphysiques optimistes.

Démocrite, Socrate, Platon, Epicure, émettent les aphorismes les plus significatifs ; mais il s'agit d'un optimisme mesuré, rationnel. Démocrite recommande de « rechercher à recueillir tout ce qui est bien, sans trop se plaindre sur ce qui l'est moins ». Il engage l'homme « à prendre le côté aimable et consolant des choses, à vivre agréablement ». L'enseignement de Socrate se caractérise par une certaine fidélité à la religion civique et par la sérénité d'un optimisme sans fadeur et sans mollesse.

Pour Epicure : « Avec un pain de seigle et de l'eau, le sage peut rivaliser de bonheur avec Jupiter ». — « La richesse naturelle est à la fois limitée et facilement accessible, celle des imaginations saines s'étend à l'infini. Grâces soient rendues à la bienheureuse nature qui a fait, facilement accessible, tout ce qui est nécessaire et qui a fait, non nécessaire tout ce qui est difficilement accessible ; ce qui crée une joie invincible, c'est la suppression totale d'un grand mal. C'est là, la nature du bien. Il faut la saisir justement et s'y tenir. Rien ne satisfait l'homme qui ne se satisfait pas de peu ».

Il s'agit là, comme on le voit, d'un optimisme sobre et frugal selon la formule naturaliste qui connaît la limite des pouvoirs de l'homme. Sénèque ne disait-il pas que la vie n'a vraiment de charme que quand on s'est rendu indifférent à sa durée et il ajoute : « On songe moins à bien vivre, que longtemps et cependant tout le monde est maître de bien vivre et personne ne l'est de vivre longtemps ».

On pourrait multiplier les citations qui constituent les meilleures recettes pour goûter en paix les biens moraux et matériels de ce monde.

La *civilisation chinoise* elle aussi, s'est toujours refusée à sortir de l'humain. Elle a ignoré Dieu, la Science, les métaphysiques. Elle s'est appliquée à régler les rapports des hommes entre eux ; Confucius comme Laotse croient la nature humaine bonne, et ils n'ont d'autres préoccupations que d'aider l'homme à retrouver lui-même cette bonté que la société dissimule. Leurs seules aspirations, c'est la Paix, la douceur et une confiance illimitée dans les possibilités de l'homme. Le péché originel est inconcevable pour eux ; leur optimisme rayonne doucement, paisiblement, sans éclat, sans déchirement.

*Chez les Hindous,* la pensée Bouddhiste y prend un sens pénétrant de la misère humaine, car elle ne semble voir de réalité ni dans le passé, ni dans le présent. La sagesse véritable, c'est d'atteindre à la notion de la non-existence de toutes choses et de devenir soi même un Néant, de disparaître dans le « nirvana ». Une conception pessimiste imprègne, au moins en apparence, cette philosophie. Néanmoins, pour les Hindous, nous ne devons pas nous dérober aux difficultés de ce monde qui nous permet de développer nos facultés latentes. Ce monde avec ses misères et ses plaisirs, ses transformations incessantes, est « un des mondes les meilleurs qui soient », puisqu'il donne l'occasion à nos énergies morales et spirituelles, de s'épanouir. Ce stage, dans la vie corporelle, est la condition indispensable du progrès humain.

Mais, ce sont surtout les religions monothéistes qui, malgré la déchéance qu'elles reconnaissent à la créature humaine, ont fourni l'aliment le plus substantiel à l'optimisme.

*Le Judaïsme,* animé par la pensée hellénistique, dit Weil, attaché aux doctrines de Talmud, n'oppose pas le corps et l'âme, mais le bien au mal, la mort à la vie : « L'homme est sujet au mal parce qu'il est faible, mais il n'y est point voué », d'où le progrès possible. Le Judaïsme ne vitupère pas la chair, tout en proclamant la primauté de l'Esprit. Il déclare que la vie est « digne d'être vécue où s'harmonisent facultés et fonctions, sous la tutelle de sages lois d'abstinence et de continence ». Il affirme que l'homme est l'artisan de sa propre destinée : « Dieu, certes, l'aide à lutter contre l'instinct du mal mais rien ne supplée à l'effort personnel. »

« La mission humaine n'est pas remplie, parce que l'homme n'a pas universellement soumis à la loi morale le libre pouvoir dont il mésuse ». Le jeu de la liberté explique les échecs, les erreurs, les régressions. Mais aussi il rend possible *l'optimisme,* c'est-à-dire la croyance à une éducation générale, à un progrès final de l'humanité, à un régime de bien dans ce monde.

« L'homme libre ayant quelque chose à donner à Dieu, son obéissance qui lui appartient en propre, aide Dieu, en quelque sorte, en voulant dans le sens divin. Il participe au salut du monde en hâtant, par son initiative, la venue de l'ère messianique ». Cette promesse faite à la postérité d'Abraham, de devenir une bénédiction pour toutes les Familles de la Terre, donne le sentiment d'une force souveraine et de l'espérance prochaine victorieuse. Il est vrai que si l'optimisme judaïque éclate avec ferveur, les théologiens catholiques lui reprochent de ne pas avoir résolu le problème de la souffrance.

La *théologie catholique* se révèle comme imprégnée d'un optimisme débordant.

La cosmologie catholique est optimiste, par sa croyance en un Dieu infiniment bon qui a créé, par pure bonté, le monde et a inondé sa création des reflets de sa bonté.

Elle enseigne que le monde, tel qu'il est, est digne de Dieu et le glorifie par ses perfections toutes finies qu'elles soient.

L'anthropologie catholique avoue toutefois que le premier homme ayant offensé Dieu « a perdu non seulement ses dons surnaturels et préternaturels pour lui et pour l'humanité entière », et de ce fait, semble impliquer un pessimisme radical ; mais elle concède que la nature humaine n'est pas entièrement pervertie, qu'elle dispose de son libre arbitre, que par la Rédemption, la Grâce et l'Ascèse, elle peut rentrer en possession d'une partie des dons perdus.

C'est la voie ouverte à l'optimisme pratique.

« Les actes accomplis par l'homme, ainsi surélevés par la grâce, ont une valeur intrinsèque qui dépasse la simple valeur morale. Ils acquièrent un caractère rédempteur pour l'intéressé et pour les autres hommes. La souffrance de la vie elle-même devient un moyen de transfiguration, d'enrichissement, de collaboration à l'œuvre divine ». Doté de telles ressources de rayonnement, l'état d'âme normal du croyant catholique doit être naturellement : amour, confiance et joie. Cet opti-

misme vital de la spiritualité catholique est directement inspiré par le Christ et par l'enseignement Paulinien. « Oui, nous-mêmes, dit saint Paul, nous gémissons au-dedans de nous, mais nous savons que tout coopère au bien de ceux qui aiment Dieu ».

La confiance et la joie sont le fruit de l'amour, au-delà des épreuves et des souffrances. Ce sentiment de plénitude sereine se retrouve chez les Pères du Désert. Faut-il évoqur l'épanouissement de sainte Thérèse du Carmel, le Cantique au Soleil de saint François d'Assise et ses *joculatores domini* « les joyeux musiciens du Seigneur », saint Jean Berchmans « le Saint toujours content », la Confrérie de la Joie de Dom Bosco, les pages ardentes de la célèbre mystique, sainte Angèle de Foligno sur la joie ? Faut-il rappeler l'optimisme de l'Ecole Spirituelle Italienne au XVI^e siècle de saint Philippe de Néré, la magnifique floraison salésienne, si génératrice d'élan confiant, et enfin l'innombrable littérature contemporaine ?

« L'optimisme suit la marche ascendante de la résignation », dit Joos. De tous les bienfaits du Seigneur, qu'ils soient naturels ou surnaturels, le chrétien se fait un capital immuable qui rend la vie stable et sereine. Et ce capital porte encore les intérêts pour l'autre vie. »

« Toutes les manifestations spirituelles tendent à faire valoir que le Christianisme poursuit, non pas l'anéantissement de l'humain dans l'homme, mais bien le souci de hausser l'homme individuel et social aux plus hautes cimes de la perfection. » De surcroît, si la doctrine catholique professe qu'elle a, pour préoccupation première, le salut individuel, fidèle au « tu aimeras ton prochain comme toi-même », elle proclame aussi que c'est dans ses propres doctrines que l'humanité doit trouver la solution des problèmes sociaux angoissants. Elle a la conviction de posséder, dans sa pensée, toutes les forces réalisatrices et dynamiques que le sentiment de sa pérennité rend inébranlable.

Le Christ n'a pas seulement vaincu la mort, dit François Mauriac, il a vaincu la solitude humaine. En vain, accuserez-vous la Croix d'avoir enténébré la vie, l'Eglise vous répond, avec une joie mêlée de larmes : « ecce enim propter lignum venit gaudium in universo mundo. »

La *Réforme luthérienne et calviniste* a eu pour but de s'insurger contre « la facilité du catholicisme ». Elle a accentué le sens de la totale corruption de l'homme et est

apparue ainsi comme un pessimisme irrémédiable, vidant l'homme de toute confiance en lui devant Dieu.

Calvin cependant s'exprime ainsi : « La raison n'est pas du tout esteinte, mais a été en partie débilitée ; en la nature de l'homme, quelque perverse et abastardie qu'elle soit, il y estimulle quelques flammettes. »

Peut-on rappeler qu'à la diète de Worms, Luther lui-même composait le fameux cantique : « Un Dieu Sûr est ma forteresse », le plus original des cantiques protestants qui exprime avant tout la force, le défi de la conscience affranchie et la joie héroïque d'une âme possédant un Dieu, envers et contre tous.

C'est le point de départ de l'optimisme évangélique. On sait en effet qu'Emerson, aux Etats-Unis, au XVII[e] siècle, devint l'un des apôtres de cette philosophie protestante optimiste à tendances panthéistes et qu'il exerça une influence énorme. D'autres protestants se sont faits les protagonistes de cet état d'âme au XIX[e] siècle, en dépit du retour du grand théologien allemand, Barth, vers l'anti-humanisme primordial.

On connaît l'admirable effort de Marden dans ses nombreux ouvrages, *la joie de vivre,* la *santé par l'optimisme,* qui révèlent, il est vrai, une sagesse souriante, un peu mécanique et naïve. Mais il faut, en France, réserver une place de choix au Pasteur Wagner, qui a été le grand animateur optimiste du XIX[e] siècle. Ses livres Vaillance-Vie simple recèlent une pensée simple, vaillante, chaleureuse, tonique.

Sur un autre plan, dans un autre milieu, sous des formes bien différentes, l'optimisme protestant devait se manifester : c'est d'abord le moraliste Thomas Carlyle, pour qui l'homme se fonde sur l'Espérance. Son leit-motiv a pour objet de prendre la vie au sérieux, c'est-à-dire de vouloir toujours mieux interpréter la divine signification de la vie. « L'univers, clame-t-il, n'est pas mort, ni diabolique, ce n'est pas un charnier avec des spectres. Il est divin et il appartient à mon père. »

A son tour, le grand poète anglais Browning, qu'on a qualifié le Wagner de la poésie, prend sa place parmi les maîtres de l'harmonie sacrée : avec son morceau lyrique de Paracelse, il faut citer ce couplet de Pippa : « L'année est au printemps, le jour est au matin, le matin est à 7 heures, le flanc de la colline est perlé de rosée, l'alouette prend son essor, l'escargot s'avance sur l'épine. Dieu est dans son ciel. Tout est bien dans le monde. »

C'est enfin l'Eurythmique Tennyson soupirant doucement : « J'entends par intervalle une sentinelle qui va et vient de place en place et qui murmure à l'immensité des mondes que tout est bien. »

« Comme le pessimisme des réformateurs hypertrophiait la donnée chrétienne du Péché Originel, dit Jacques Maritain, l'optimisme de la Renaissance hypertrophiait, lui aussi, une donnée chrétienne, mais contraire : la conviction de la valeur de cet être humain qui est la vivante image du bien. Le sens de l'abondance de l'être, la joie de la connaissance du monde et de la liberté, l'élan vers la découverte scientifique, l'enthousiasme créateur et la dilection de la beauté, des formes sensibles décèlent, au temps de la Renaissance, des sources inextricablement naturelles et chrétiennes. » C'est une sorte d'euphorie qui s'empare alors de l'homme.

Mais il *appartenait à un philosophe* d'apporter, dans le domaine métaphysique, la plus éclatante contribution à l'optimisme, c'est Leibniz.

Sans doute, Giordano-Bruno avait dit déjà que : « l'Univers qui existe est absolument parfait, le seul qui fût possible, le mal est une illusion ». Descartes aborde à peine le problème, bien que son système tende implicitement à l'optimisme.

Pour Spinoza : « Le monde n'aurait pu être produit d'une autre manière, ni dans un autre ordre, de la cause la plus parfaite ne pouvait découler que les effets les plus parfaits. »

De son côté, Malebranche croyait que Dieu a choisi parmi les différents mondes possibles, le plus parfait, celui qui manifestait le mieux ses divers attributs, celui qui donnait, avec les moyens les plus simples, le meilleur résultat.

Leibniz, à son tour, entre en lice.

Il dresse le monument le plus complet de l'optimisme métaphysique auquel il donne sa formule définitive : « Dieu, dit-il aurait pu ne pas créer, mais il devait manifester sa divine puissance et sa bonté. D'autres mondes étaient possibles en ce sens qu'ils n'impliquaient pas de contradiction interne, mais à cause de la perfection divine, seul le monde actuel a pu être réalisé. Non seulement pour l'ensemble, mais aussi pour les individus, tout y est arrangé pour le mieux. Il y a harmonie préétablie entre les différents mondes et aussi entre les règles de la nature et de la grâce, en sorte que la nature mène à la grâce et que la grâce perfectionne la nature en s'en servant. »

Leibniz trouve qu'il y a plus de bien que de mal dans le monde : « Nous exagérons, dit-il, les défauts apparents du monde entier, ces taches d'un Soleil dont le nôtre n'est qu'un rayon. » L'homme, en effet, ne voit le monde qu'à travers ses propres misères (si les roses ont des épines, les épines ont des roses). Nous avons le travers de juger du tout par une infime partie.

Pour Leibniz, Dieu s'est proposé de faire le meilleur des mondes, mais ce n'est pas précisément celui qui procure la plus grande somme de bonheur, c'est le plus beau et par conséquent celui qui comprend le maximum de variétés dans le minimum d'unité.

Le monde est, à chaque instant, le meilleur qu'il se peut. L'essence de l'être ne consiste-t-elle pas dans sa tendance au meilleur ?

« La vie des âmes, c'est un drame immense dont nous ne connaissons ni le détail, ni le dénouement. La fin du drame ne peut être que l'épanouissement du bonheur. C'est de la pensée, surtout, que viennent notre grandeur et notre puissance. »

Leibniz a établi que : le bien et le mal, le plaisir et la douleur, la perfection et l'imperfection sont solidaires.

Tout s'éclaire et se transforme en cause de joie quand on prend la peine de considérer l'excellence native et la puissance hégémonique du savoir.

Le désordre est une simple apparence. Ce qui règne au fond des choses, c'est une *harmonie universelle.*

Cet optimisme a été partagé par les déistes anglais qui en rejetaient la notion du péché originel.

Pour Shafstevbury, « tout s'accorde avec le plan universel, rien n'est tellement mauvais, les contrastes augmentent la beauté de l'ensemble ». D'après Pope, « le hasard est une direction que tu ne peux apercevoir, toute discorde, une harmonie que tu ne comprends pas ; tout mal partiel, un bien universel. »

Avec Locke et Adam Smith, le problème prend de plus en plus un caractère social.

Rousseau ne voit de salut, de bonheur possible, que dans le retour à la nature, la société corrompant tout ce qu'elle touche et en particulier « l'homme qui est né bon ».

Ainsi dit Maritain avec Rousseau : « La grâce a été résorbée dans la nature. Le vrai sens de la théorie de Rousseau, c'est que l'homme est naturellement saint. »

Mais Voltaire n'a, ni les illusions de Leibniz, ni celles de Rousseau. Aussi ne ménage-t-il ses savoureuses railleries ni à l'un, ni à l'autre. »

Pangloss s'efforce s'effacer les taches du soleil de Leibniz tandis que s'évanouissent les merveilles de l'Eldorado.

## OPTIMISME ECONOMIQUE

Cet optimisme philosophique se transforme par la suite et se présente, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, sous les espèces du progrès indéfini de Condorcet.

Mais la révolution économique et politique de 1789 allait ouvrir l'ère de nouvelles perspectives et offrir à l'optimisme de nouveaux terrains de culture.

C'est dans l'ordre économique que se transfère désormais cet état d'esprit. Je vous ferai grâce de tous les systèmes qui éclosent et qui apportent à l'humanité la meilleure formule de *salut social.* Saint-Simon, Fourier, Enfantin, Considérant, le Play, construisent des icaries futures. Mais ce sont là des créations de l'esprit, même si elles se fondent sur certaines réalités. Deux hommes, deux économistes, allaient au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, symboliser, en s'opposant radicalement, deux formes fondamentales de l'optimisme social. C'est Bastiat, le protagoniste de l'économie libérale, et Marx, le fondateur de l'économie socialiste.

Bastiat, avec des réminiscences de Leibniz, établit son système des *harmonies économiques.* « Les intérêts abandonnés à eux-mêmes tendent à des combinaisons harmoniques, à la prépondérance progressive du bien général, l'idée dominante de cet écrit, dit-il, l'harmonie des intérêts est simple. La simplicité n'est-elle pas la pierre de touche de la vérité ? »

« Elle est *conciliante,* quoi de plus concluant que ce qui « montre l'accord des industries, des classes, des nations et « même des doctrines.

« Elle est *consolante,* parce qu'elle signale ce qu'il y a de « faux dans les systèmes qui ont pour conclusion le mal « progressif.

« Elle est *pratique* et l'on ne peut certes rien concevoir de « plus aisément pratique que ceci : Laissons les hommes tra- « vailler, apprendre, s'associer, agir, réagir sur les autres « puisque aussi bien, d'après les secrets providentiels, il ne

« peut jaillir de leur spontanéité intelligente qu'ordre, har-
« monie, progrès, le bien ; le mieux, le mieux encore ; le mieux
« à l'infini. Voilà bien, direz-vous : l'optimisme des écono-
« mistes. »

En un mot, telle est la thèse, il n'y a qu'un mal apparent, ne vous tourmentez pas, tout s'arrange, « embrassons-nous Folleville ». Mais à l'encontre de cet optimisme facile, paresseux, statique, s'oppose l'optimisme dynamique de Marx.

Marx, nourri de la pensée hégélienne, ne s'attarde pas à une description pessimiste de l'ordre actuel, ni à une préfiguration idyllique du monde futur. Sa préoccupation dominante, c'est de saisir la loi profonde de l'Histoire des Sociétés. Marx croit trouver, dans les transformations de la technique et de la production, l'agent primordial de l'évolution des sociétés.

« Chaque période historique, dit-il, possède ses lois propres. Dès que la vie a dépassé une période donnée de développement, elle passe d'un stade à l'autre et commence à obéir à d'autres lois. En un mot, la vie économique nous offre un phénomène analogue à ce qui se passe dans d'autres branches de la biologie. » En un mot, selon la dialectique marxiste inspirée de Hégel, la synthèse résorbe, dans une formation plus haute, les composantes contradictoires.

« La seule voie royale par laquelle un système de production, et l'organisation sociale qui lui correspond, puissent marcher vers leur dissolution et leur métamorphose, est le développement historique des antagonismes qui leur sont immanents. »

Mais, s'il est vrai que les hommes, dont l'activité d'hier s'est condensée en lois, institutions, organisations, sont tributaires du processus économique qu'ils ont créé, leur activité d'aujourd'hui bouleverse l'activité d'hier.

Un élément nouveau d'une extrême importance pour Marx, dans l'histoire du monde, c'est l'apparition de l'esprit humain. « Du jour où l'esprit pense le monde, le monde lui-même va pouvoir se renouveler. » Les individus humains ont été, jusqu'ici, les instruments inconscients des luttes qui se sont succédées depuis les origines. Ils ont subi la société et sa loi dialectique. Mais si, au lieu de subir seulement la vie sociale, les hommes arrivent à prendre conscience, à comprendre la loi du mouvement dans lequel ils sont entraînés, il y aura un fait nouveau, la création d'une synthèse neuve, le moyen de domi-

ner, de transformer la vie sociale. C'est précisément le rôle que Marx assigne à sa philosophie : faire passer les groupes humains de leur existence inconsciente à leur existence consciente. Par là, le marxisme prétend créer une nouvelle étape dans le Progrès du Monde. Le pragmatisme de Marx unifie théorie et action.

« Les hommes, dit Marx, font leur propre histoire, mais ils ne le font pas arbitrairement, dans les conditions choisies par eux, mais dans les conditions directement données et héritées du Passé. »

Le système de Marx apparaît donc comme une doctrine optimiste qui se réfère, certes, aux exigences impératives de la réalité et de ses limites, mais qui, pour l'autre part, accorde à l'action volontaire de l'homme, une singulière puissance créatrice. C'est ce que Marx a appelé le saut du régime de la nécessité dans celui de la liberté créatrice... Nul ne peut nier d'ailleurs qu'elle est devenue un formidable levier d'optimisme.

De son côté, Jaurès ne disait-il pas, dans son discours à la jeunesse : « Rien n'est plus erroné que le vieil adage pessimiste de l'Ecclésiaste désabusé. » « Il n'y a rien de nouveau sous le soleil », le soleil jadis a été une nouvauté, la terre fut une nouveauté et l'homme fut une nouveauté. L'histoire humaine n'est qu'un effort incessant d'invention et la perpétuelle évolution est une perpétuelle création.

Ces conceptions morales, philosophiques, religieuses et économiques, si diverses et si contradictoires, Jacques Maritain, fidèle aux traditions thomistes, imprégné de toutes les données culturelles modernes, s'efforce de les surmonter dans une synthèse supérieure qu'il appelle l'humanisme intégral. Il voudrait « sauver, à travers les mues de l'histoire, la substance impérissable du passé, et, avant tout, de l'Europe chrétienne, en élaborant un idéal historique chrétien capable d'existence et appelant l'existence sous un ciel historique nouveau. »

## L'OPTIMISME ET LA SCIENCE

Cet optimisme, qui se manifestait dans les conceptions économiques, se développait pour les mêmes raisons dans l'ordre scientifique. L'énorme essor des sciences physiques, chimiques et biologiques mettait, à la disposition de l'homme, de formidables moyens d'action sur la nature, exerçant un rôle

croissant sur la formation de l'être humain, sur celle du règne animal et végétal, ouvrait la voie aux synthèses de toutes sortes, accusait le divorce progressif entre l'homme et l'animal, à ce point que l'homme est désormais apparu, à ses propres yeux, comme l'unique instrument de son propre salut, comme le maître de son destin.

L'optimisme scientifique coulait à pleins bords. Un mysticisme de la Science naissait. On se souvient « de l'Avenir de la Science » d'Ernest Renan.

Sans doute, l'ascension de la Science a fortifié l'homme dans le sentiment de sa propre valeur intellectuelle. Elle lui a apporté, il est vrai, d'ores et déjà, dans l'ordre matériel et intellectuel, d'indiscutables bienfaits, de magnifiques réalisations tangibles. Elle lui ouvre des horizons illimités, et on comprend que l'orgueil de l'homme — devenu un surhomme — puisse s'exercer avec une farouche ivresse.

Certes, à l'instar de toutes les choses humaines, la Science subit les limitations de l'intelligence et de la matière. Il faut savoir conserver, en dépit des merveilleux enthousiasmes d'un Berthelot, un certain degré d'humilité. Sans être les dévots aveugles de la Science, sans se nourrir d'illusions chimériques, il faut bien cependant convenir que, de toutes les constructions humaines, la Science est celle qui a apporté à l'homme le moins de déceptions, même si elle s'accompagne bien souvent, en contre-partie, de maux nouveaux.

L'optimisme scientifique garde donc ses principales vertus.

## L'ART ET L'OPTIMISME

La Grèce antique et Rome ont exprimé, dans des œuvres immortelles, le sentiment d'optimisme que suscitait, dans les lettres et les arts, la plénitude de leur civilisation arrivée à leur apogée. Je me garderai de discourir sur le miracle grec. Il manifeste la puissance souveraine et souriante, le génie tranquille ; la joie vigoureuse, l'épanouissement divin. Il révèle la maîtrise de l'homme dans le maniement de la forme, dans le discernement de la pensée subtile. Il fait de lui l'égal des dieux.

Pendant des siècles, l'homme ne va trouver de refuge que sous la majesté des cathédrales qui abritent ses faiblesses et ses inquiétudes. Mais après une longue rumination, c'est le printemps qui renaît, une nouvelle vie commence à sourdre.

C'est la *Renaissance et la Réforme :* la gaieté, la joie, la confiance s'installent peu à peu dans les foyers et dans les Etats et servent d'aliment à un merveilleux essor artistique. Après les heures douloureuses des luttes religieuses, on voit surgir Rubens qui glorifie, en types héroïques, les instincts sensuels, la grosse et grande joie. « Son paradis, dit Tadne, est un Olympe de Dieux Flamands bien nourris. On y est grand, vigoureux, charnu, content, on s'y étale magnifiquement et gaillardement. »

Il y a chez lui un emmêlement de paganisme débordant et de catholicisme. Tout sentiment mystique véritable en est exclu. Cependant, cet art flamand est harmonieux et spontané. « Personne, dit Taine, n'a donné aux figures un tel élan, un geste si impétueux, une course si abandonnée et si furieuse, une agitation et une tempête si universelles de tous les muscles enflés et tendus par un seul effort. »

Chez *Raphaël,* l'hellénisme renaissant se revêt d'une spiritualité nouvelle. Son génie se manifeste dans la légende de la Madone avec une intensité extraordinaire de vie.

« Tous les êtres, dit Schuré, reprennent leur jeunesse, les enfants deviennent des anges, les hommes mûrs, des jeunes gens et les vieillards retrouvent je ne sais quelle grâce adolescente. Les animaux, plus intelligents, participent à cette palyngénésie universelle. C'est la virginité de l'âme reconquise. »

Dans l'admirable série de ses fresques du Vatican, Raphaël déploie une richesse inouïe d'imagination et le sens le plus harmonieux de la composition. On suit la trace lumineuse de sa pensée à travers les siècles. Le déroulement magnifique des fresques synthétise l'histoire du christianisme, de la philosophie grecque, de la poésie et de la science avec une force tranquille, une beauté sereine, une foi divine et humaine qui font naître, chez le spectateur, un sentiment d'épanouissement souverain.

A l'heure où Rubens se livre à ses plantureuses démonstrations picturales, *Rabelais,* lui, donne la réplique ; il exprime, dans une œuvre débordante de santé, avide de satisfactions corporelles, une magnifique expansion de la nature humaine ; au travers de ses facéties énormes, de ses extravagances, de ses plaisanteries de haute graisse, on sent circuler une vie intense, joyeuse, la verve pétille, éclate, ruisselle. La richesse verbale, la fécondité intellectuelle, se donnent libre cours. Il n'est pas une de ses plus truculentes anecdotes qui ne dissi-

mule la plus subtile pensée. L'entrain, le rire, la bonhomie, la confiance, la bonne humeur, la sincérité, sont la substance même de cette extraordinaire verve rabelaisienne. La lecture de Rabelais est le plus sûr antidote du pessimisme et le meilleur levain d'optimisme. L'abbaye de Thélemme n'est-elle pas la cité promise ?

Dans le même mouvement d'idées, s'inscrit l'effort des architectes de la Renaissance. Les châteaux des bords de la Loire, de François Ier à Louis XIII, témoignent qu'une forme nouvelle d'architecture est née, caractérisée par l'harmonie des proportions, la vigueur des ensembles, la grâce, la diversité, la richesse des détails, portant la marque de l'abondance, de la joie, de la fermeté, de la vigueur, de la maîtrise de soi.

Toutes les formes de l'art et de la pensée s'entrecroisent et s'enchevêtrent pour découvrir les forces latentes de la nature et en capter les jaillissements.

C'est *Shelley*, cette âme exubérante, dont l'ingénuité spontanée est pénétrée par la passion de la vie universelle avec ses nuances infinies.

Dans son Prométhée délivré, il reprend le vieux mythe d'Hésiode en y insérant les aspirations les plus audacieuses de l'esprit moderne. Prométhée, après avoir arraché à Jupiter, qui opprime le monde, la flamme éternelle, est enchaîné sur le sommet du Caucase. A la voie du génie des choses, Jupiter replonge dans la nuit éternelle. Hercule délivre Prométhée. L'esprit divin envahit les choses, et la terre est transportée de réjouissance. Le monde est un éternel devenir.

Gœthe, imprégné de la Grèce, du Christianisme, de la Science, est dominé par la passion d'embellir la vie et de créer un monde nouveau. Son drame de Faust, c'est celui de l'homme moderne qui, dégagé de la science abstraite du Moyen-Age, s'élance plein de confiance vers la vie, vers l'action, vers la beauté, vers l'amour. Sous sa robe de Docteur, dont il va bientôt se libérer, palpite un cœur d'homme complet.

Chez Faust, c'est un irrésistible besoin de vie et de vérité qui l'envahit. De là, cette attitude hautaine de l'optimiste Faust à l'égard du sceptique Méphisto. Ce n'est pas jouir, que veut Faust, mais se plonger « dans le tourbillonnement des sensations », c'est agrandir son moi. Ce n'est pas la jouissance qui le hante, mais l'amour.

La *9e symphonie de Beethoven* représente, bien qu'il l'ait enfantée dans la douleur, la plus magnifique réalisation d'op-

timisme musical. Les thèmes de la 9e symphonie se succèdent avec une progression de forces tumultueuses, de sentiments contradictoires ardents.

« C'est d'abord la lutte pour la conquête de la joie au travers des alternances d'attaques et de résistances, d'espérance et de défaillance. Puis surgit un thème de volupté sauvage suivi d'un thème de joies terrestres qui revient à tout instant. Mais ce bonheur limité ne saurait satisfaire. On le repousse avec humeur chagrine. Le troisième mouvement transforme l'inquiétude de l'âme accablée de désespoir en un sentiment de tendre mélancolie. L'amour et l'espoir s'enlacent pour reconquérir leur doux empire sur notre âme martyrisée. Le cœur frémissant paraît vouloir écarter nos consolations. Le cœur brisé semble reprendre des forces. Cette exaltation n'est pas exempte de quelques échos des orages passés. La lueur des derniers éclairs s'évanouit. L'orage se dissipe. Puis, dès le début du quatrième mouvement, jaillit, comme un cri strident, le cri farouche chaotique de la passion inassouvie qui bouillonne et s'apaise, plus véhémente qu'auparavant. »

Soudain, l'orchestre s'arrête. Un grand silence survient, c'est l'entrée mystérieuse du chant, l'ode à la joie, enveloppante, tendre, calme et sereine. Peu à peu, la joie s'amplifie, monte, elle devient ardente, palpitante, rayonnante, puis c'est l'extase, puis c'est l'Amour, mais c'est aussi l'Ascension royale de l'Humanité triomphante.

L'histoire de l'art et de la littérature foisonne d'œuvres qui attestent le perpétuel optimisme de la nature humaine. Je n'ai voulu mettre en lumière, parmi tant d'autres, que quelques témoignages de l'effort esthétique.

*Emile Zola*, dans ses romans naturalistes où il avait étalé avec complaisance les misères et les souffrances humaines, semblait avoir versé dans un incurable pessimisme. « Mais, dit Maurice Le Blond, c'est le naturalisme qui le sauvera de la déception du réalisme. Il sait que le présent et le passé ne sont que la gestation des temps meilleurs. Qu'importe au philosophe les misères de l'existence et de l'histoire puisque chaque aube qui éclate est une victoire sur le chaos. Les dernières pages du Dr Pascal sont furieusement soulevées de cette espérance de l'optimisme dans l'avenir.

Le tableau de Clotilde allaitant son enfant est une attendrissante idylle. « C'était la vie perpétuelle tentée encore, la vie qu'on ne se lasse pas de croire bonne, puisqu'on la vit avec

tant d'acharnement au milieu de l'injustice et de la douleur. » « Zola, dit Le Blond, a exalté dans nos cœurs la religion du travail, rehaussé le goût de la justice. Tout en ayant enrichi les lettres françaises de chefs-d'œuvre inestimables, il aura fortifié notre état moral. Il nous aura montré les difformités des individus disparaissant et se fondant dans la splendeur, la force et la vitalité des races. »

Dans les quatre évangiles, Zola est emporté par un mouvement d'optimisme idéaliste. La religion de la vie y domine tous ses personnages. « Autour d'elle, dit-il dans *Fécondité,* la mère écoutait cette source naître de partout et s'épandre. Elle n'était point seule à nourrir. La sève d'avril gonflait les labours, agitait les bois d'un frisson, soulevait les herbes hautes où elle était rivée. »

## L'AGE ET L'OPTIMISME

On a beaucoup discuté sur la question de savoir quel était l'âge de prédilection de l'optimisme.

Dans sa jeune ébauche humaine, l'enfant au berceau est, tour à tour et souvent à la fois, la proie du rire et des larmes, touchante et significative fusion des émotions tristes et joyeuses. Plus tard, l'enfant, en sa prime jeunesse, paraît prédestiné à la gaieté, à l'entrain, aux jeux, à l'action, à la joie facile. Il va, vient, imagine, édifie. Les chagrins et les larmes ne jouent qu'un rôle passager dans son activité quotidienne.

*L'adolescent, l'homme jeune,* éprouvent des transfigurations profondes ; des ardeurs, des enthousiasmes commencent à sourdre en eux. Ils ont des audaces, des volontés conquérantes, ils ne doutent pas d'eux-mêmes ; semblables à l'enfant qui veut atteindre la lune, ils cèdent à toutes les impulsions de la passion et de l'amour. Mais mal armés, ils commettent toutes les imprudences, toutes les imprévoyances aussi ; les désenchantements, les échecs, les déboires les frappent, l'amertume les envahit, le pessimisme les saisit. Le pessimisme, croit M. Jean Finot, est d'essence juvénile.

A vingt ans, dit M. Faguet, les poètes laissent tomber leurs feuilles d'automne. A 40 ans, ils font de la politique ou entrent dans n'importe quelle branche de la vie active. « Les poètes les plus mélancoliques sont morts au seuil de l'âge mûr. » « Vous, dont je n'ai su que faire, adieu mes sombres printemps », s'exclame Mme Desbordes-Valmore. — « Je ne tiens

pas à ma jeunesse, dit Mme Gérard d'Houville, la jeunesse est une période d'erreurs où rien ne nous éclaire, où il nous est tragiquement impossible de discerner nos propres sentiments. » — « Ce qui trouble, ce qui rend malheureuses les années de jeunesse, au gré de Schopenhauer, c'est la chasse au bonheur entreprise dans la ferme croyance qu'on peut le rencontrer. »... Ce qui fait l'infériorité de l'impérialisme des jeunes, c'est qu'il est irrationnel et qu'il ne s'appuie pas sur l'expérience.

Chez *l'adulte*, l'enthousiasme et le pessimisme offrent une allure plus discrète, plus mitigée, plus prudente, plus raisonnable, plus réfléchie. Mais la vieillesse, qui représente l'âge des déchéances physiques et intellectuelles, semblerait devoir incliner l'homme désillusionné à la morosité, à la tristesse, au dépit chagrin. Sans nul doute, il est des vieillards dont la nature est ingrate. Mais si les explosions enthousiastes sont rares chez lui, il faut reconnaître que nombre d'entre eux ont un caractère adouci, indulgent, bienveillant, souriant. « La vieillesse, dit Anet, en éloignant peu à peu tous les plaisirs des sens, en démentant les satisfactions égoïstes, multiplie, pour ceux qu'a enrichis une riche culture humaine, les joies de la vie. »

« A l'automne de la vie, répète Schopenhauer, comme à l'automne de l'année, les journées sont courtes, mais sereines et constantes. Le fardeau de la vie est plus léger dans la vieillesse que pendant la jeunesse. A mesure qu'on avance en âge, on accueille la suite des jours avec plus d'optimisme, de béatitude et de renoncement. »

« J'imagine, écrit Mme G. d'Houville, que la maturité, la vieillesse commençante, est un moment parfait, on se recueille, on se rappelle, on voit mieux toutes les splendeurs du monde, et ce destin est peut-être plus beau qu'une aurore. »

La même voie, dit Niestsche, qui aboutit à la sagesse, aboutit à la vieillesse, voie touchante de l'espoir, dans cette douce lumière du soleil.

## L'OPTIMISME ET LA MEDECINE

L'optimisme est, d'une façon générale, le privilège d'âmes heureusement trempées, équilibrées, de corps valides et bien portants, de philosophies ou de métaphysiques toniques. Il est le sentiment le moins répandu chez les malades de toutes

catégories. L'expérience, en effet, nous apprend que la plus légère atteinte portée à notre organisme ou à notre activité psychique fait fléchir notre potentiel moral et nous incline aux réactions pénibles.

Cependant, il y a des hommes qui, malgré leurs tares physiques, conservent une magnifique ardeur confiante. Le philosophe Duering, qui perdit la vue dans sa jeunesse, ne fut-il pas un des apôtres de l'optimisme ? Dans la joie de vivre, Zola trace le portrait d'un vieil arthritique, soumis à des crises de goutte affreuse, qui garde une inaltérable bonne humeur. Metchnikoff cite le cas d'un aveugle qui s'est composé de la vie une physionomie enchanteresse. Il n'est pas de plus bel exemple littéraire que celui du malade de l'épisode de M. Marcel Batillat dans « La Joie ». Enfin, le souvenir d'Helen Keller est présent dans toutes les mémoires. Cette admirable femme, aveugle, sourde-muette, qui, avec une inlassable ténacité, avait réussi à acquérir l'universalité des connaissances et les plus fines des sensibilités, n'a-t-elle pas consacré, dans un ouvrage fameux, sa foi optimiste ?

Mais il est des états pathologiques qui, depuis toujours, ont frappé l'attention des cliniciens, à raison justement des tendances optimistes qui leur sont, en quelque sorte, inhérentes. Nous entrons ici dans un domaine qui nous est familier et où nous allons retrouver les types classiques jusqu'à la banalité.

Si la neuro-psychiatrie offre à l'observateur une inépuisable moisson de documents, peut-être convient-il tout d'abord, dans le cadre de la Médecine générale, de glaner les faits qui ont acquis droit de cité.

La littérature médicale, la littérature tout court ont, depuis toujours, révélé ce sentiment d'optimisme qui envahit si fréquemment les tuberculeux pulmonaires, à leur dernière période. Letulle, Daremberg, Dupré, Laignel-Lavastine, ont décrit cet état d'euphorie. Beaucoup d'entre eux font des projets d'avenir, rêvent de fonder un foyer, de changer de milieu. Laignel-Lavastine précise qu'il y a chez eux un renforcement des caractères de l'état normal.

Des thèses récentes, comme celle de Chevrolet, de Brunerie, de Masson-Ourcel, ont examiné la psychologie des tuberculeux et fait une place à l'euphorie. Morellet consacre une thèse à l'influence de la tuberculose sur le caractère, la mentalité et

dans l'œuvre de quelques tuberculeux célèbres. L'un d'entre eux, Maurice de Guérin, mort à 29 ans, traîne une fin d'existence douloureuse, « le jour est triste et je suis comme le jour, dit-il, le bonheur c'est la pluie fine et douce qui pénètre l'âme mais qui en jaillit après une source de larmes ». Mais peu à peu une douceur se mêle à la souffrance, une sorte de détente s'opère en lui. Le 11 avril 1838, à l'heure où sa maladie a pris une tournure aggravée, il écrit à G. Sand une lettre pleine de sympathie, d'attirance envers la nature et d'indestructible espoir en sa guérison : « Peut-être qu'au sein des forêts, dit-il, dans la saison où la vie remonte jusqu'à l'extrémité des rameaux, je recevrai quelque bienfait et que j'aurai part dans l'abondance et la fécondité de la nature ».

L'euphorie se précise dans ses lettres successives à sa sœur. Le 8 avril 1839, il écrit : « Je vis fort tranquille sous mes rideaux, en attendant avec assez de patience, grâce aux soins de Caro, aux livres et aux songes, la guérison que m'apportera le soleil ». Il mourait d'ailleurs peu après. Mais son œuvre, *Le Centaure*, en dépit de ses amertumes et de ses mélancolies, apparaît comme un hymne merveilleux, palpitant, enivrant, voluptueux à la nature dont il sentait avec intensité les frémissements.

Michel Corday, Jeanne Galzy, Thomas Mann, sous des formes renouvelées, ont repris ce thème de l'épanouissement psychique du tuberculeux.

De même il y a un fait reconnu que jadis Sollier avait souligné : certains malades mourants, à leur heure dernière, sont la proie d'illuminations subites, de réminiscences radieuses, d'une véritable renaissance psychique, qui, si fugitives, si précaires soient-elles, sont des témoignages inattendus des ressources latentes dont l'âme dispose.

## INTOXICATIONS EXOGENES

Dans ses Paradis artificiels, Baudelaire s'était complu déjà à décrire les vertus et les maléfices de certaines intoxications exogènes. Depuis lors, la gamme des poisons paradisiaques s'est singulièrement compliquée. Il est peut-être excessif, en pareille matière, de parler d'optimisme. Cependant, il n'est pas doûteux que certaines intoxications tendent à provoquer un sentiment illusoire de force, de plénitude, de confiance, d'évasion sereine.

Le *Haschich* qui a eu ses amants, suscite chez les intéressés, dans ses manifestations les plus discrètes, un état d'âme, de jouissance inconnue et de gaieté, une accélération des pensées, une acuité supérieure des sens, une énergie inusitée des couleurs, un accroissement énorme du Temps et de l'Espace. Toute contradiction s'efface. Le désir est transformé en réalité. C'est un feu d'artifice, un embellissement, un épanouissement.

*L'opium,* infiniment plus connu, a fait payer bien cher, à ses victimes, les satisfactions, les joies passagères qu'il leur a consenties. Les opiomanes sur lesquels Roger Dupouy s'est livré naguère à de substantielles études, passent par transitions insensibles de l'état de veille dans une sorte de rêverie passive où persistent les idées premières tout en se transformant ; ils éprouvent une sensation subjective de bien-être indéfinissable. Les peines, les chagrins se dissipent, une béatitude tranquille les envahit, l'activité intellectuelle s'augmente. les facultés de compréhension et d'imagination sont stimulées. L'ordre, l'harmonie semblent régner. Un sentiment d'immatérialité, d'éternité, d'immensité gagne le fumeur. On connaît l'hymne dithyrambique que Quincey avait chanté à la gloire de l'opium : « O juste, subtil et puissant poison, tu bâtis sur le sein des ténèbres, avec les matériaux imaginaires du cerveau, avec un art plus profond que celui de Phidias et de Praxitèle, des cités et des temples qui dépassent en splendeurs, Babylone et Hékatempylos, et du chaos plein de drogues, tu évoques, à la lumière du soleil, les visages de beautés depuis longtemps ensevelies et les physionomies familières et ternes, nettoyées des ombrages de la tombe, toi seul tu donnes à l'homme des trésors et tu possèdes les clés du Paradis, ô juste, subtil et puissant opium. »

*La Mescaline,* cette plante hindoue qui « fait les yeux émerveillés », provoque, dans la première phase de l'intoxication, une poussée de surexitation générale, de contentement, de satisfaction. Le sujet se sent plus léger. Il a l'impression d'un travail plus facile ; il est plus lucide, capable d'une grande puissance intellectuelle, d'une alacrité musculaire, d'un élan vital inaccoutumé. Mais ce qui caractérise plus particulièrement l'action spécifique du Peyotl, c'est l'intensité et l'acuité des phénomènes visuels. Il donne des images extrêmement lumineuses et d'une extraordinaire abondance de couleurs.

## LA COCAINE

On sait les ravages que la « Coco » a provoqués dans certains milieux. Mais la cocaïne introduite dans l'organisme, à doses faibles chez un individu fatigué, lui donne une sensation de « défatigue » et entraîne une certaine excitation intellectuelle, une euphorie susceptible de faciliter la naissance des idées, de les associer sous une forme claire et correcte, de faire apparaître des impressions nouvelles, un besoin d'activité musculaire. Mais jamais le cocaïnomane n'a les rêves séduisants des morphinomanes. Le Professeur Lewin, de l'Université de Berlin, cite le cas d'un de ses malades : « En ce qui concerne l'action de la cocaïne sur mon état subjectif, s'exprime ce dernier, je puis déclarer en toute honnêteté que si les cinq dernières années sont à compter parmi les plus heureuses de ma vie, je le dois en première ligne à la cocaïne. » Rien ne peut prévaloir contre ce fait brutal, et plus loin « il me faudra du temps pour mener à bonne fin ma conception du monde dont le gros œuvre s'édifie déjà sur cette seule proposition : Dieu est une substance », phrase singulièrement significative puisqu'elle révèle l'extraordinaire pouvoir de contrainte de la drogue.

## L'ALCOOL

Baudelaire rappelle que dans les Kreisleriana d'Hoffman, il est « fait de singulières recommandations », le musicien consciencieux doit « se servir du vin de champagne pour « composer un opéra-comique. Il y trouvera la gaieté mous- « seuse et légère que réclame le genre. Le vin du Rhin inspi- « rera la musique religieuse. Le vin de Bourgogne engen- « drera la musique héroïque, il a l'élan patriotique. Singu- « lier baromètre psychique des spécialités musicales des « vins ».

Après les chansons à boire du XVI[e] siècle, Baudelaire paraphrasant Quincey, consacre aux vertus tonifiantes du vin, des pages pleines d'allégresse. « Profondes joies du vin qui ne vous a connues, quiconque a eu un remords à apaiser, un souvenir à évoquer, une douleur à noyer, un château en Espagne à bâtir. Qu'ils sont grands les spectacles du vin, illuminés par le soleil intérieur... « Avec un art admirable, Baudelaire décrit la délicieuse épopée du clochard parisien que

quarante années de besognes fastidieuses, la hotte sur le dos, ont moulu et broyé » ; « mais, dit-il, le vin comme un Pactole nouveau, roule à travers l'humanité languissante un or intellectuel. Il y a sur la boule terrestre une foule innombrable, innommée, dont le soleil n'endormirait pas suffisamment les souffrances. Le vin compose pour eux des chants et des poèmes. »

Jean Richepin, avec une richesse verbale intarissable, n'a-t-il pas chanté, lui aussi, la valeur génératrice, animatrice et rayonnante du vin ? Mais si nous ne méconnaissons pas certains mérites de notre breuvage national dont nos poètes entonnent avec force les louanges, nous connaissons aussi le revers de la médaille. On dit volontiers de tel amateur de vin : il a le vin gai, de tel autre : il a le vin triste.

Qu'est-ce à dire, sinon que l'intoxication étylique n'a pas les mêmes effets sur chaque sujet. Au début de l'ébriété éthylique dans le premier cas, c'est un sentiment d'euphorie qui s'empare du personnage ; son visage et son regard s'animent, il acquiert un sentiment de force, de supériorité, de verve, de facilité, il se libère des contraintes de l'éducation. Il est sûr de lui, il ne voit pas d'obstacles à ses projets qui naissent en foule, il affirme, décrète, ordonne ; cet état se dissout peu à peu ou laisse place à une autre phase pathologique.

Il est traditionnel de parler de Verlaine chaque fois qu'on recherche le prototype de l'artiste dont l'effort créateur fut stimulé par l'alcool. Il en est de moins célèbres comme : Toulouse-Lautrec. Disgrâcié par la nature, conscient de ses infériorités, Lautrec ne conserve pas d'amertume ; il regarde la vie en peintre et de sa palette il ne tire que « chatoiement de vie scintillante et vraie », et il s'en va répétant de cabaret en cabaret : « La vie est belle ».

## LES PSYCHOSES

Dans les psychoses on constate un optimisme plus *dynamique* que dans les états toxiques.

Les *excités maniaques* sont trop connus pour que je m'attarde à rappeler leurs manifestations. Ce qui les caractérise au début, c'est l'humeur expansive et exubérante, le sentiment de satisfaction, leur certitude dans la valeur de leurs projets et de leurs entreprises, leur énergie, leur suractivité intellec-

tuelle, leur confiance. J'ai connu un peintre de talent qui, au cours de poussées d'hypomanie, élaborait à la faveur de ses floraisons imaginatives ingénieuses les thèmes que sa palette traduisait ensuite sur ses toiles, dans ses périodes d'accalmie. Mais cette expansion optimiste chez l'excité maniaque, en dépit de ses outrances, garde souvent un cachet de vraisemblance.

L'optimisme du mégalomane est fait surtout d'orgueil, d'exclusivisme. Il affecte un caractère altier de dignité hautaine, de conviction irréfragable. Il est stable et fixe.

Dans certaines formes de la paralysie générale, le malade s'apparente à l'excité maniaque. Il a un besoin d'extériorisation inusité, un certain élan tumultueux, une poussée irrésistible à rayonner. C'est souvent le point de départ de cette phase dite médico-légale où cet optimisme euphorique irréfléchi et de mauvais aloi conduit notre homme devant la Justice.

Mais à la période d'état de la paralysie générale, on se trouve en présence d'un optimisme diffus, centrifuge, de monotonie satisfaite, de vanité puérile, d'approbativité, d'exagération massive, de médiocrité de fond, d'invraisemblance grandiloquente.

A la période terminale, il ne s'agit plus que d'une béatitude générale, passive, apathique ; la stéréotypie de l'expression mimique accentue les marques de la déchéance.

Depuis la pratique de la malariathérapie, on est amené à observer des états qui ne correspondent plus complètement aux descriptions classiques de l'évolution de la paralysie générale, chez certains sujets. Je donne précisément mes soins à un paralytique général de 67 ans, malariathérapisé voilà 4 ans. Il est désormais fixé dans un état dont il ne se départ pas. C'est un commerçant, il appartient aux classes moyennes. Il a une tenue extérieure correcte, il conserve un certain nombre d'habitudes mondaines ; il s'exprime dans un langage d'apparence normale ; en dehors des achoppements syllabiques discrets et des troubles pupillaires, il peut faire illusion. Il s'est adapté au rythme d'une vie régulière, mais, psychiquement, ce qui le caractérise, c'est un état d'euphorie, de contentement ; il évoque son passé avec complaisance, parle du présent avec une sérénité souriante et esquisse des projets d'avenir. Il trouve sa santé excellente, ses organes en parfait état. Tout va bien.

Les *déments précoces* et les schizophrènes ne présentent guère d'états psychiques, où se manifestent de véritables euphories, si ce n'est qu'accidentellement ou superficiellement. J'ai la bonne fortune de suivre, depuis 35 ans, un malade âgé aujourd'hui de 75 ans, d'excellente éducation, qui a conservé une étonnante mémoire, et chez lequel prédominent la bonhomie, le contentement, l'entrain, la bienveillance, un optimisme confiant, même s'il est vrai que le cercle de ses pensées et de son activité soit rétréci aux petites choses de la vie quotidienne.

Chez *certains idiots,* on remarque toutes les nuances de l'euphorie et de la satisfaction ; mais étant donnée l'indigence intellectuelle congénitale de ces malades, c'est surtout l'optimisme animal qui prévaut, ils sont ravis de leur alimentation, de leur santé, de leur bien-être, ils sont bienveillants, accommodants, ils sont heureux. Mais, tout leur bonheur se limite aux événements immédiats.

Maurice Mignard dans son livre « La joie passive », et, plus récemment, Mondain, dans sa thèse « Les fous satisfaits », inspirée par notre collègue Courbon, ont longuement étudié ces sentiments affectifs spéciaux dont l'optimisme constitue le support primitif.

On a beaucoup discouru *sur la sénilité prématurée,* sur les défaillances organiques et psychiques qui atteignent l'homme avant l'heure et lui infligent une précoce diminution de sa personnalité.

L'opothérapie a semblé pouvoir contribuer à enrayer ces trop rapides évolutions et à restaurer ces vitalités fléchissantes.

Mais des expérimentateurs audacieux ont escompté, par la greffe animale, fournir une source nouvelle d'invigoration. Serge Voronoff et Dartigues, en particulier, ont poursuivi, chez l'animal et chez l'homme, des recherches d'un extrême intérêt. Ils ont produit des observations singulièrement démonstratives, et, s'il convient, en pareille matière, d'apporter beaucoup de circonspection, nous devons constater que certaines d'entre elles nous donnent la preuve d'un réveil, d'une résurrection, d'un regain d'activité physique et psychique, d'un rayonnement nouveau de l'individu, pour tout dire : d'une *expansion optimiste.*

## THERAPEUTIQUE MORALE

La clinique fournit donc aux psychiatres et aux neurologistes une masse d'observations quotidiennes dont l'optimisme représente la signature pathologique. Par contre, il est toute une théorie de malades inquiets, préoccupés, anxieux, obsédés, tristes et pessimistes, chez lesquels une *thérapeutique optimiste* doit être mise en œuvre. Bien mieux, elle vaut pour l'universalité des âmes défaillantes.

Sans remonter aux faiseurs de miracles qui, de tous temps, ont apporté de sublimes espérances et de salutaires consolations à l'humanité souffrante, certains rappels historiques s'imposent quand on veut parler de thérapeutique morale.

D'après Pierre Janet, une méthode, qui a eu jadis un énorme succès aux Etats-Unis, c'est celle de Christian Science, sous l'impulsion de Mrs. Eddy. Le système simpliste de cette philosophie peut se résumer en quelques propositions : « La vie est une manifestation de Dieu. La matière n'existe pas. Rien n'est réel et éternel, rien n'est esprit que Dieu. Le mal n'a pas de réalité. La croyance à la réalité de la souffrance et de la mort provient d'une erreur fondamentale, d'une illusion absurde que Eddy appelle *l'esprit mortel.*

« Ce qu'on appelle matière étant sans intelligence, ne peut dire : je souffre, je suis malade, je suis bien. Les sciences physiques et médicales n'ont aucune valeur. La conduite à tenir est uniforme, elle est négative. » Elle consiste à supprimer tous les traitements, les précautions hygiéniques et à les remplacer par des croyances puissantes et salutaires par la conviction que l'esprit gouverne le corps entièrement, à donner de bonnes paroles d'encouragement et de sympathie.

On imagine avec quelle humour, Marc Twain s'est exercé sur les thèses de la Christian Science. « Tout est nié, dit-il, par elle : Gouvernement, Civilisation, Science, mais l'importance du business n'est jamais mise en doute. » La conception fondamentale de cette thérapeutique est la notion de l'influence essentielle que peut avoir, sur l'évolution de la maladie, l'idée que le malade a de son propre mal.

William James souligne que l'essentiel de cette doctrine est le sentiment de l'optimisme, de la confiance en soi-même et dans l'Univers. Les protagonistes de la nouvelle foi proclament la puissante vertu des attitudes optimistes de l'âme pour nous sauver de tous les maux. Ils croyaient à l'efficacité

du courage, de la confiance. Ils méprisaient la crainte, l'inquiétude. Cette religion nouvelle apporte un message de joie : elle exalte la santé, la vanité, la prospérité, comme de hautes vertus. Alors que, dans les miracles, on fait appel à un pouvoir occulte, mystérieux, là on a fait une découverte, c'est la puissance de l'Esprit.

Liébault et Bernheim, de Nancy, dont je dois, au passage, saluer la grande mémoire, établirent, les premiers, les bases d'une psychothérapie suggestive, singulièrement riche d'intérêt, bien que je leur doive aujourd'hui une simple mention.

La Psychothérapie, telle que Dubois, de Berne, l'enseignait, revêtait un caractère plus strictement médical que celle de la Christian Science. Cependant, il n'accordait, semble-t-il, aux symptômes des maladies et au diagnostic précis, qu'un intérêt accessoire. Il supprimait volontiers la plupart des traitements médicamenteux.

Généralement, les malades s'imaginent qu'ils sont atteints de lésions irréparables. La tactique consiste à mettre en œuvre la raison et la vérité. Il faut démontrer aux malades, tant dans l'ordre physique que dans l'ordre moral, que ce sont des troubles fonctionnels dus à des mauvaises habitudes et aux idées fausses.

Pour cela, il faut noter tous les petits progrès obtenus, il faut les grossir et s'en servir comme levier optimiste. Il faut faire l'éducation de notre raison, faire appel aux idées morales, aux sentiments.

Toute une pléiade de médecins, en Suisse, en Allemagne, en France, insistent sur la valeur de cette thérapeutique. Aux Etats-Unis, c'est le mouvement « Emmanuel church healt classes », association de pasteurs et de médecins. Ils guérissent le corps par l'âme, sans nier le corps à la différence de la Christian Science.

Cette psychothérapie est plus large, plus médicale, plus psychologique que celle de Dubois.

« La pensée puissante n'est pas seulement la pensée vraie, c'est aussi la pensée bonne. » Il ne s'agit pas de vérité métaphysique. Il s'agit surtout de faire faire aux malades des actes véritables, des actes élevés et généreux, qui demandent de la volonté et de l'effort.

Dans un ordre un peu différent, les formules simplistes de la Christian Science étaient reprises et popularisées en France au cours de ces dernières années par des thaumaturges comme

le Père Antoine et le Père Coué qui eurent leur période de célébrité naïve.

Les méthodes de moralisation générale et médicale ne sont certes pas indifférentes quand elles font appel à l'intelligence, au jugement, à la volonté. Il ne faut négliger aucune méthode d'effraction qui permette de pénétrer dans l'âme du malade. Mais on ne doit pas se dissimuler que leur action reste limitée, précisément parce que bien des fois, en pareille occurence, les facultés critiques et volontaires du malade sont défaillantes.

Mais le recours à la *psychothérapie affective* a une portée plus efficace encore, en déclenchant chez lui tout un monde d'émotions, de sentiments de sympathie qui submergent les positions prises par lui et les ébranlent plus sûrement que les raisonnements les plus rigoureux.

L'optimisme du médecin a sa valeur éminente dans toutes les circonstances, en médecine générale en particulier. La spécialisation à outrance a le gros inconvénient de faire perdre de vue, au praticien, l'homme total. L'usage clinique s'est établi de dire du malade : ceci est un foie, ceci est un estomac, pour indiquer que l'affection en cause est limitée essentiellement à un de ces organes. Ainsi s'installe une tendance fâcheuse à ne plus voir l'homme total, physique et psychique. C'est un découpage artificiel qui s'opère. L'arbre empêche de voir la forêt. En l'occurrence, une conception aussi erronée de la réalité entraîne des erreurs thérapeutiques fatales. Les prescriptions gardent un caractère étroit, même quand elles répondent aux exigences essentielles. On incline à oublier ainsi, en effet, que ces prétendus troubles locaux dépendent à quelque degré du système nerveux et que ce dernier est l'animateur du tonus général du malade.

Croyez-moi, il ne suffit pas de faire un relevé consciencieux des analyses biologiques et de rédiger une ordonnance judicieuse fixant les dosages. Il faut savoir connaître, comprendre, discerner les dispositions intellectuelles et affectives du malade, son orientation, ses préoccupations et celles de l'entourage et, ainsi faisant, vous tendrez toute l'énergie du malade vers la guérison, et si votre médication ne vaut que pendant la période où elle guérit, sachez au moins que les vertus optimistes de votre mission apportent au malade le suprême secours dans sa misère.

Mais toutes ces méthodes, si précieuses soient-elles, agissent sur l'intéressé, en quelque sorte, du dehors. *L'analyse*

*freudienne* apporte absolument un élément nouveau et puissant dans la thérapeutique psychologique. Elle se meut dans le dédale de la conscience du malade, elle parcourt tous les sentiers obscurs de l'inconscient, elle ressuscite les sentiments lointains et troubles, elle se heurte, au passage, à toutes les impuretés morales et physiques, elle exhume la pensée secrète originelle. Elle constate, mais elle ne porte pas de jugement moral. Cette investigation douloureuse donne toutefois, de la personnalité humaine, un inventaire pénible ; elle fait apparaître l'homme comme un pauvre pantin grotesque et discordant, et de fait, la méthode freudienne porte, à première vue, la marque d'un *pessimisme irrémédiable.*

Mais en réalité n'a-t-elle pas pour but d'aider le martyr humain qui s'ignore, à se libérer de ses contraintes inconscientes, de ses souffrances incomprises de lui-même et des autres et de le restituer à la plénitude de sa confiance ?

La psychothérapie rationnelle, affective, persuasive, tout en essayant de galvaniser le malade, d'exercer une action rénovatrice puissante, ne saurait avoir la vertu de choc, de rupture bienfaisante qu'offre la psychanalyse.

Sans prétendre à une mission optimiste, le freudisme contribue à rendre à l'homme la plénitude de sa conscience et de ses moyens possibles. Par là même, il est indirectement une thérapeutique optimiste. Pour lui, l'homme est un ballon captif qui doit connaître les limites de son ascension possible pour mieux en jouir.

Nous nous sommes efforcés de décrire toutes les formes et tous les aspects de l'optimisme. Mais ce sentiment, que représente-t-il dans son fond ? Quel en est le mécanisme ? Dans sa subtile et élégante étude sur la bonté, R. Charpentier rappelait naguère, avec à-propos, la brillante mise en lumière de l'interprétation freudienne de la vertu par M. Hesnard. Ce dernier la représentait comme une maîtrise de l'excitation érotique que l'homme peut, non pas dompter, mais canaliser à son gré. Freud tend ainsi à faire prévaloir que les plus hautes valeurs spirituelles ne seraient que des formes compensatrices de l'instinct et du désir « Acheronta movebo ».

L'optimisme apparaîtrait donc comme un sentiment de même nature. En dépit de ses nuances, il devrait être considéré comme une sublimation de l'instinct sexuel, « théorie consolante, optimiste, confiante en l'espérance d'une vie meilleure, disait Charpentier, au sujet de la bonté ».

Dans sa remarquable étude critique sur le Freudisme, Dalbiez veut bien consentir que l'instinct sexuel joue un rôle essentiel dans l'éclosion de l'émotion éthique et esthétique, mais il estime que l'art et les sentiments primordiaux de l'âme humaine ont une valeur qualitative propre.

De toutes ces investigations hâtives, il résulte que, si nous devons faire sa part au mal moral, physique et métaphysique, il subsiste dans la vie encore de solides motifs d'optimisme et de confiance. Le rôle des éducateurs et le rôle des médecins demeurent singulièrement efficaces. Il y a chez l'homme, en dépit des misères et des souffrances, en dépit de nos tempéraments et de nos hérédités, une extraordinaire plasticité. Dans les recoins les plus ignorés de son être, il recèle des sources de joie et de lumière inconnues ou insoupçonnées de lui et des autres. Il s'agit de les discerner, de les faire jaillir. Les recettes optimistes, toutes plus riches les unes que les autres, font l'objet d'une littérature abondante tantôt naïve, tantôt ardente, tantôt méthodique.

Ce n'est pas une science encore, mais c'est un art auquel je vous convie.

*Vivos voco, mortuos plango, fulgura frango.*

---

PREMIER RAPPORT

# RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

# DISCUSSION

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE BIOLOGIQUE DES DÉLIRES ALCOOLIQUES AIGUS

Par Roger BARGUES

*Médecin des Asiles*

---

## INTRODUCTION

A l'occasion de recherches expérimentales sur le métabolisme de l'alcool, nous avons été amenés à nous intéresser au syndrome biologique qui accompagne les délires alcooliques, et à réunir les éléments de la revue générale que nous présentons ici.

Le problème est vaste, il a suscité une quantité de travaux si considérable que nous nous excusons à l'avance des oublis que nous avons pu commettre dans la bibliographie de cet exposé, qui se propose de rapporter les acquisitions que les recherches biologiques (nous nous permettons d'insister sur ce mot), c'est-à-dire les examens de laboratoire pratiqués dans le sang, les urines et le liquide céphalo-rachidien, apportent à la connaissance de l'état somatique au cours des délires alcooliques aigus et peut-être à la pathogénie de cette affection (que nous limitons aux paroxysmes psychopathiques aigus ou subaigus compliquant un alcoolisme chronique).

Du fait même de l'importance du problème, nous avons dû éloigner plusieurs tentations : celle notamment de rapporter l'historique et la description des altérations hépatiques dans les délires alcooliques, qui firent l'objet d'un beau rapport de

Klippel à l'un de vos premiers Congrès (La Rochelle), et, depuis, d'une foule de publications où l'on pourra lire toutes les données cliniques et anatomiques qui n'auraient pas ici leur place. De même, pour éviter d'alourdir un rapport, dont le règlement de nos assises exige la concision, nous n'avons pas fait, dans ces pages liminaires, l'énumération de tous les chercheurs qui se sont occupés de la question. Nous le ferons en citant leurs travaux à chacun des chapitres qui se succèdent, selon le plan suivant : données tirées de l'étude du liquide céphalo-rachidien, du sang, de l'urine, du métabolisme de l'alcool. Un dernier paragraphe étant consacré à la synthèse et aux conclusions.

Dans ces pages, nous nous sommes appliqués à éviter des déductions pathogéniques. C'était la tentation la plus grande. Mais une étude de ce genre des délires alcooliques, comme de toute autre psychose, doit envisager, à la fois, pour ne pas aboutir à des conceptions trop simplistes, des problèmes morphologiques, psychologiques et biochimiques. Malgré l'intérêt passionnant de semblables recherches (intérêt qui, d'ailleurs, inspira initialement nos travaux), il nous a semblé que de pareils développements n'avaient pas ici leur place : ne devant envisager que l'aspect biologique de la question, nous risquions de nous laisser entraîner hors du cadre de notre sujet ou tomber dans l'erreur. On ne peut, nous le répétons, bien connaître une psychose que par la synthèse des études biologiques et psychologiques et non par des données isolées de l'une ou l'autre.

Nous vous rapportons des faits, non des théories. Notre exposé y gagnera peut-être, en précision, ce qu'il y perd en intérêt spéculatif. D'avance nous nous excusons de cet aspect rébarbatif que lui donnent les chiffres et autres disciplines des sciences physico-chimiques, de ce monde dont, disait Claude Bernard, le monde psychique ne peut se passer.

CHAPITRE I

# LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN

Tous les auteurs qui ont étudié le liquide céphalo-rachidien des délirants alcooliques aigus, sont d'accord pour noter le peu d'importance habituelle des modifications des principaux éléments, la rareté des réactions méningées et l'intérêt nul de cette étude en vue du diagnostic.

Une des premières observations intéressantes à cet égard se trouve dans un mémoire de Widal, Sicard et Ravaut (*Société Médicale des Hôpitaux,* 21 juin 1901, bulletins page 706), qui citent un cas de delirium tremens avec cyto-diagnostic négatif. Dans sa thèse (Paris, 1910) sur les réactions méningées au cours de quelques intoxications, de Fontbonne ne rapporte qu'un nombre infime de cyto-diagnostics positifs au cours de l'intoxication alcoolique, qu'elle soit aiguë, subaiguë, ou chronique, et écrit : « ...Dans le delirium tremens, la plupart des observations même récentes ne portent aucune indication à cet égard... »

C'est à des conclusions identiques qu'aboutissent les constatations de Nageotte, Laignel-Lavastine, Monod, Van der Kolk, Merzbaker, Frankhausen.

En 1910, cependant, Maurice Villaret trouve deux fois de la polynucléose et surtout de l'hyperalbuminose sur douze cas de delirium tremens purs observés, Mosny et Saint-Girons rapportent un cas avec importante réaction méningée, en 1919, Maurice Villaret, Saint-Girons et Capoulade, un autre qui inspire la thèse de Capoulade (Paris 1919-1920) sur les réactions méningées au cours de l'intoxication alcoolique qui conclue à la rareté de celle-ci.

Passons maintenant aux travaux plus récents.

Claude, Targowla et Lamache, rapportant à la Société de psychiatrie neuf observations d'accidents subaigus, trouvent le liquide céphalo-rachidien six fois normal. Dans les trois autres cas, il existe une réaction albumino-cytologique jointe à un type méningitique du benjoin colloïdal, et, pour une malade, à une hypertension relative du liquide. Ils pensent que la réaction méningée est une sorte de réactivation biologique passagère sous l'effet de l'intoxication d'une inflamma-

tion de date ancienne extrêmement torpide, ce qui serait à rapprocher des phénomènes de neuropexie étudiés par Dujardin. Cette très intéressante hypothèse, qu'ils basent sur la constatation chez leurs malades à réaction méningée d'antécédents hérédo-syphilitiques ou tuberculeux, a été adoptée plus tard par plusieurs auteurs, et nous-mêmes nous y rallions. On ne peut manquer de l'évoquer d'ailleurs à la lecture de la plupart des observations anciennes telle que celle rapportée par Dufour en 1901 où la malade alcoolique à réaction méningée avait présenté huit fausses-couches.

Courtois et Pichard, au cours d'une série de recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales, étudièrent celui de 100 alcooliques en état d'accident subaigu sur un fond de chronicité. Sur 87 cas d'alcoolisme simple, c'est-à-dire sans épilepsie ni polynévrite, ils trouvent 5 fois une augmentation de la tension au manomètre de Claude, 8 fois, soit 9 0/0, une élévation du taux de l'albumine de 0,32 à 0,40, 12 fois une leucocytose discrète de 2 à 3 éléments, et 22 fois, soit 25 0/0, un élargissement vers la zone méningitique de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal, enfin une seule fois une positivité de la réaction à l'élixir parégorique. La réaction de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Pandy et de Weichbrodt ont été toujours négatives.

Dans une statistique de 50 cas d'éthylisme aigu (où ils comprennent, il est vrai, les ivresses délirantes), rapportée au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes (Lille, 1930), Abadie et Pauly notent une formule cytologique moyenne de 0,99 élément par millimètre cube. Dans 4 cas seulement, 2,42 à 3 éléments. En ce qui concerne la quantité d'albumine, ils trouvent une hyperalbuminose isolée dans 30 0/0 des cas : légère dans 18 0/0 (0,30 à 0,50 par litre), nette dans 12 0/0 (0,50 à 0,80, chiffre le plus élevé). Eux aussi relèvent des antécédents familiaux ou personnels morbides dans plusieurs de ces cas d'hyperalbuminose.

Dans les 10 cas qu'elle rapporte dans sa thèse, Mlle Truche trouve 4 fois une albuminose légère, 3 fois une lymphocytose du même ordre, la réaction des globulines toujours négative, et une seule fois une extension vers la zone méningitique de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal. Elle a constaté dans un cas un aspect xantochromique du liquide, mais il s'agissait d'une encéphalite hémorragique.

Les modifications plus importantes de la composition du

liquide céphalo-rachidien réalisant une véritable méningite subaiguë rapportées dans 3 cas par Courtois et Pichard à la Société clinique de médecine mentale et dans 2 autres cas par Courtois et Mlle Jacob à la Société médico-psychologique se rapportent à des sujets présentant des accès convulsifs et non indemnes d'antécédents morbides (l'un des malades des derniers observateurs avait, en 1918, présenté une complication encéphalique de la grippe) dont nous avons montré l'importance.

Claude, Masquin, Dublineau et Mlle Bonnard, à la suite des travaux de Massazza, de Fiessinger (qui a trouvé des augmentations transitoires des polypeptiques rachidiens au cours d'épisodes confusionnels passagers chez des cirrhotiques), de Fiessinger, Olivier et Herbain, — de Fiessinger, Michaux et Herbain, ont eu l'idée de rechercher les polypeptides du liquide céphalo-rachidien de quelques alcooliques, par la méthode de Cristol et Puech. Le taux normal serait pratiquement nul, puisqu'occillant entre 0 et 2 milligrammes.

Dans 8 cas d'éthylisme aigu ou subaigu, ils trouvent 7 fois une augmentation de la peptorachie (de 15 à 17 milligrammes) et de l'indice rachidien de désamination ou d'insuffisance de clivage (Fiessinger, Olivier et Herbain), qui représente le rapport de l'azote polypeptidique à l'azote total est chez l'homme normal de 0,05 à 0,10 et atteint ici jusqu'à 0,26 dans un cas. Cette peptorachie s'est atténuée parallèlement à l'amélioration clinique, tout en restant, dans certains cas, supérieure à la normale.

Le rapport $\frac{P\ R}{P\ S}$ (rapport des polypeptides rachidiens aux polypeptides sanguins, d'ordinaire voisin de zéro) révèle le caractère souvent isolé de la peptorachie à l'exclusion de toute polypeptidémie. De même les variations de la peptorachie sont, dans les cas observés, indépendantes de l'azotémie et de l'albuminorachie. Cette constatation fait penser aux auteurs qu'il faut admettre « dans les états confusionnels alcooliques à côté des peptorachies liées aux variations de seuil de perméabilité sous l'influence des troubles du métabolisme hépatique, une formation *in situ* de polypeptides rachidiens ». L'hypothèse de cette formation est en rapport avec la question plus générale du métabolisme azoté par lésions encéphaliques.

Réservant un chapitre spécial à la question de l'alcool, nous y renvoyons pour tout ce qui concerne ce corps dans le liquide spinal.

On ne saurait abandonner l'étude du liquide céphalo-rachidien dans les délires alcooliques aigus sans signaler quelques très intéressants travaux expérimentaux susceptibles d'éclairer la pathogénie de la question. Hauptmann, par l'étude du rapport de la teneur en alcool du sang et du liquide céphalo-rachidien note une augmentation de la perméabilité de la barrière méningée dans le delirium tremens et la psychose de Korsakow. Ce serait même là, à son sens, une condition indispensable à l'éclosion du délire sous l'influence de substances toxiques. Stern et Lokschina, examinant chez les animaux intoxiqués par l'alcool la résistance de la barrière hémato-encéphalique à certains agents nocifs, à l'aide d'une méthode personnelle tout à fait intéressante, arrivent au même résultat et trouvent que des lapins soumis pendant 3 à 6 mois au traitement par l'alcool présentent une labilité considérablement augmentée et sont, de ce fait, facilement influencés par certains agents nocifs capables d'altérer le fonctionnement de la barrière hémato-encéphalique. C'est ainsi, par exemple, que chez le lapin intoxiqué l'élévation thermique à 41°5 a provoqué le passage des colloïdes (rouge Congo, bleu trypan) et des cristalloïdes (iodure de sodium) dans le liquide céphalo-rachidien. Or, des températures même plus élevées ne provoquent pas d'ordinaire ce phénomène.

Ces faits tirent pour nous leur intérêt du caractère chronique de l'intoxication expérimentale réalisée chez le lapin. Aussi ne retiendrons-nous pas des expériences où l'on pratique une seule injection intra-veineuse d'alcool pour étudier ensuite la perméabilité méningée à tel ou tel corps, telle l'expérience que Touraine, Gautier et Bourdeau rapportèrent récemment à la Société de dermatologie pour étudier la perméabilité à l'arsenic.

En résumé, les accidents mentaux aigus de l'alcoolisme chronique ne s'accompagnent pas d'ordinaire de réaction méningée biologique. On doit noter une légère hyper-albuminose et une extension vers la droite de la courbe de précipitation du benjoin colloïdal, d'ailleurs bien inconstantes. De nouvelles recherches nous diront si l'on peut compter sur un accroissement de la polypeptidorachie.

La présence d'une réaction méningée, dans les rares cas où elle se rencontre, serait d'interprétation délicate et sans doute la signature d'un réveil par l'intoxication d'un processus morbide ancien et latent.

Ceci vient à l'appui de la théorie classique, que des travaux anatomiques modernes ont confirmé, suivant laquelle l'alcoolisme frappe davantage le parenchyme cérébral que les méninges, au niveau desquelles, ainsi que l'écrivait notre maître, le professeur Abadie, il agirait « comme un véritable mordant pour toutes infections ou intoxications susceptibles de se localiser sur les enveloppes du névraxe ».

Nous pensons que ces phénomènes de neuropexie (que l'on peut définir : possibilité pour un tissu nerveux où une inflammation antérieure n'a laissé aucune trace clinique de réagir exagérément vis-à-vis d'une toxine ou d'un antigène), signalés pour la première fois dans les délires alcooliques par Claude, Targowla et Lamache, et sur lesquels tout récemment, à la séance du 22 février dernier, à la Société médico-psychologique, Dujardin et Wermeylen attiraient l'attention à propos de cas de paralytiques généraux à sérologie normale, ont une importance primordiale dans un grand nombre d'affections du névraxe. Parmi toutes les toxi-infections susceptibles d'action neuropexique, l'alcool est en première place. Nous entrons là dans un domaine certes hypothétique, mais la lecture soigneuse des observations entraîne une conviction clinique non dénuée de valeur. Nous avons même été frappés de la fréquence des antécédents alcooliques personnels dans une foule d'affections où l'alcool n'était pas directement en cause comme agent étiologique primaire.

Enfin, ce toxique, chroniquement ingéré, exercerait son action nocive sur la barrière hémato-encéphalique en la rendant plus labile, plus perméable à des produits toxiques connus ou plus souvent inconnus, d'origine endogène ou exogène qu'il conviendrait de définir.

## Chapitre II

# L'URINE

Il peut paraître inutile de consacrer un chapitre spécial aux données de l'examen des urines, car elles ne donnent que le reflet d'altérations somatiques dont l'étude du sang sera un meilleur témoin. Cependant, nous avons jugé bon de réunir dans ces quelques pages les renseignements fournis par les urines des délirants alcooliques, bien qu'ils n'aient d'intérêt que mis en parallèle avec ceux du prochain chapitre. Aussi serons-nous brefs sur leur compte.

Un grand nombre d'auteurs ont consacré des travaux à l'urine des psychopathes et, dans leurs écrits, on trouve mention accessoire du syndrome urinaire du delirium trémens. On ne saurait les citer tous. Il nous plaît de noter que l'école bordelaise avec Régis et ses élèves, notamment Chevalier-Lavaure et Galtier, a mis en évidence le parallélisme qui peut exister entre « la courbe urinaire et la courbe délirante », la rétention de certains éléments au cours de l'acmé puis la débâcle à la guérison. Signalons encore en 1912 le travail de Dosio et Francesco portant spécialement sur la courbe urinaire puis dans presque toutes les publications consacrées à la biologie des délires alcooliques, et que nous avons citées ou que nous rapporterons, une mention plus ou moins longue au syndrome urinaire.

Dans tous les cas, on trouve une diminution manifeste du volume des urines, parfois même de l'anurie. Toulouse, Marchand et Courtois rapportent l'observation d'un malade qui n'urina pas pendant trois jours.

Si l'examen microscopique est d'ordinaire négatif, elles sont d'aspect foncé et le taux des éléments normaux y est toujours modifié, le plus souvent dans le sens de la diminution de l'urée, des chlorures, des phosphates. Mlle Truche signale la variabilité de la quantité d'urée dans une série d'observations où elle a trouvé des chiffres allant de 10 à 42 grammes. Le rapport azoturique (rapport de l'azote uréique à l'azote total, qui représente théoriquement la part d'azote uréifié à l'azote total, et dont on sait les causes d'erreur nombreuses), lui a paru plus souvent diminué qu'augmenté : dans 5 cas

63 à 80 0/0 ; dans 2 cas 85 et 90 0/0 (normal de 84 0/0 environ).

On sait que l'alcoolique chronique peut présenter à un degré moindre, des altérations de ce genre et surtout, d'après Raffin, un syndrome urinaire qui se caractériserait par une tendance à l'acidose et un déséquilibre de l'eau (diminution de la constante qui représente le rapport unissant le *p*H urinaire, le volume horaire, l'ammoniaque et l'azote total).

L'étude des éléments anormaux est beaucoup plus intéressante.

L'albuminurie est fréquente, d'ordinaire peu importante, ne dépassant pas 0 gr. 25. Dans quelques cas, elle s'élève jusqu'à 1 gramme et plus. Il convient toujours de rechercher les tares rénales antérieures pour donner à ces chiffres une valeur propre à l'affection qui nous occupe.

La glycosurie spontanée est de fréquence analogue. Son taux dépasse rarement quelques grammes par litre. Elle a moins retenu l'attention que la glycosurie provoquée au cours des différentes épreuves fonctionnelles que nous signalerons dans un prochain chapitre.

Par contre, l'urobilinurie ou l'urobiligénurie, qui est presque de règle dans l'alcoolisme chronique, d'autant plus nettement que l'intoxication est plus ancienne, ainsi que l'ont montré notamment Büchler, Binswanger, Markowitz, Keeser, Toulouse et ses collaborateurs, de Crinis, Puyuelo..., etc., est constante et atteint son acmé dans les épisodes aigus.

La présence de sels biliaires est moins constante.

L'indican et les bases xanthiques sont en abondance parfois considérable.

Enfin, il nous faut signaler le taux de l'acide urique. La constatation du rôle de ce corps chez les goutteux et de l'influence défavorable de l'alcoolisme chez ces malades, a suscité un grand nombre de travaux expérimentaux sur l'influence de l'alcool sur le métabolisme de l'acide urique. Les résultats en sont contradictoires. Retenons cependant que, dans la majorité des cas, l'alcoolisme aigu s'accompagne d'une augmentation de l'uricurie.

Ces modifications urinaires sont transitoires, diminuent puis cessent avec l'accès aigu dans un délai variable de quelques jours à quelques mois (notamment pour l'urobilinurie). Nous étudierons plus loin leur signification.

La réaction de Millon, dont Scheiner a montré la valeur dans les psychoses toxiques, fut deux fois positive chez des délirants aigus de Puyuelo.

En résumé, on trouve en premier lieu, dans les urines des sujets qui font l'objet de cette étude, un syndrome de rétention analogue à celui des maladies aiguës avec sa terminaison classique par une crise polyurique, azoturique et chlorurique lors de l'entrée en convalescence (voir Achard et Leblanc, Soc. méd. des Hôp. de Paris, 26 juillet 1918 ; *Bull. et Mém.*, p. 845). Il n'a pas en lui-même d'autre signification que de faire la preuve d'un état toxi-infectieux. Rappelons qu'en pathologie générale on l'interprète plutôt comme la résultante de phénomènes se produisant dans l'intimité de tous les tissus que de modifications fonctionnelles d'un viscère unique, foie ou rein, comme l'ont écrit certains.

D'autre part, les urines de nos malades, par d'autres éléments (glycose, urobiline, sels biliaires, indican, bases xanthiques, etc...), suggèrent l'existence d'altérations plus spécialement électives de certains organes sur lesquels nous reviendrons plus loin.

## Chapitre III

## LE SANG

C'est en abordant l'étude biochimique du sang dans les délires alcooliques aigus que l'on semble faire vraiment la revue biologique de ces accidents. C'est là qu'est le véritable problème dont une riche littérature nous entretient, parmi laquelle on doit citer deux travaux d'ensemble récents : l'article de Toulouse, Courtois et Mlle Rüssell, et la thèse de Mlle Truche. Nous allons envisager successivement chacun des éléments qui attira l'attention des chercheurs.

### 1° La glycémie

Les auteurs qui ont étudié la glycémie dans les délires alcooliques aigus parlent soit de la valeur de base de la glycémie, c'est-à-dire du taux dans le sang prélevé sans préparation, soit de la courbe glycémique à l'occasion de diverses épreuves fonctionnelles.

La valeur de base de la glycémie serait très variable et ne

pourrait guère être prise en considération (Gojeher, Weiland et Tarnopolskaja ; Polisch ; Toulouse, Courtois et Mlle Russell..., etc.). Binswanger la trouve toujours élevée, sauf dans un cas.

La courbe glycémique a été étudiée, surtout d'ailleurs dans l'alcoolisme chronique, à l'occasion des épreuves de galactosurie alimentaire (méthode de Bauer), d'hyperglycémie provoquée, du test glycogénique de Bürger, d'hyperglycémie initiale insulinique, d'hyperglycémie adrénalinique..., etc., et a une valeur beaucoup plus grande. On peut l'associer à la mesure de l'aire du triangle de glycémie de Marcel Labbé et Nepveux. Binswanger, par exemple, étudiant l'hyperglycémie initiale qui apparaît après injection intra-veineuse d'insuline (1/2 unité par kilogramme), remarque qu'elle manque soit immédiatement avant l'apparition du délire, soit dans les deux premiers jours pour reparaître ultérieurement. C'est de cette constatation qu'est né le traitement du delirium trémens par l'association insuline-glucose.

Avant ou après l'accès lui-même, c'est le terrain d'alcoolisme chronique avec, pour ce qui touche à la glycémie, ses caractéristiques biologiques bien connues : rapide ascension de la courbe d'hyperglycémie et lent retour à la normale (Polisch, Sukow, Klemperer, Bauer, Azarch et Grazov, etc.), augmentation du coefficient hyperglycémique, c'est-à-dire du rapport de la glycémie après ingestion de sucre et de la glycémie à jeun (Gojeher, Weiland et Tarnopolskaja).

Nous avons signalé la glycosurie au cours des délires alcooliques aigus. Il convient d'y joindre la glycosurie alimentaire, à laquelle il est préférable de substituer la méthode de Bauer heureusement modifiée par Fiessinger, Dieryck et Thiébaut : ingestion de 40 grammes de galactose dans 200 d'eau, récolte des urines de 24 heures, dosage et étude de la concentration du produit ingéré. Laignel-Lavastine et Rosanoff ont signalé la valeur pratique de la glycosurie alimentaire pour le diagnostic et le pronostic des états délirants : elle signe la nature toxi-infectieuse du syndrome. Guichard, dans sa thèse inaugurale, l'étudie spécialement dans le délire alcoolique subaigu. La glycosurie lui apparut constante après absorption de 150 gr. de sucre, elle disparaît en même temps que le syndrome mental ; le défaut de parallélisme étant un signe alarmant.

Les auteurs, en particulier ceux que nous venons de citer, n'ont pas manqué d'insister sur l'intérêt pathogénique de ces faits : nous y reviendrons.

## 2° Les protides

Il est classique et banal de dire qu'il existe dans le sang, au cours des accès alcooliques aigus, un état de rétention, surtout marqué pour l'*urée*. Au début des accidents, le taux est peu élevé, puis il semble suivre une ascension à peu près parallèle à celle des manifestations cliniques pour atteindre son maximum à l'acmé de la crise. Avec la défervescence, l'azotémie régresse, non sans un certain retard sur l'évolution clinique. Faits cliniques et expérimentaux (Nuzum) s'accordent sur ce point.

D'ordinaire, les chiffres sont peu élevés, oscillent en général aux environs de 0 gr. 50 à 0 gr. 80 par litre, loin, par conséquent, des taux signalés dans l'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Cette différence peut être considérée comme un signe utile au diagnostic (Courtois) et permit à Joaki et Rondepierre de pencher vers l'origine alcoolique d'un délire aigu dont l'étiologie pouvait paraître imprécise.

Mlle Truche, sur 21 cas, note 20 fois une augmentation du taux de l'urée sanguine oscillant entre 0 gr. 60 et 1 gramme. Nous disons bien signe utile au diagnostic mais sans grande valeur pronostique : des cas où l'azotémie était particulièrement élevée ont guéri, d'autres rapidement mortels s'accompagnaient d'une azotémie sub-normale. Notre opinion semble bien s'accorder à celle de la majorité des observateurs.

Le taux de l'*azote résiduel* varie dans des limites peu éloignées de la normale et dans le sens de l'augmentation.

Le *rapport azotémique* (qui évolue normalement entre 40 et 48 0/0) est, en général, faiblement diminué. Sa recherche, test d'insuffisance hépatique, exige comme plusieurs autres que nous signalons au cours de cet exposé l'intégrité rénale pour avoir quelque valeur.

Dosant par la méthode de Cristol et Puech les *polypeptides* du sérum sanguin dans huit psychoses alcooliques aiguës ou subaiguës, Claude, Dublineau, Masquin et Mlle Bonnard trouvent 3 fois des chiffres proches de la normale, 3 fois une augmentation moyenne, 2 fois une intense.

L'indice de désamination, dont nous avons dit qu'il était le rapport de l'azote polypeptidique à l'azote total, est accru 4 fois.

Ces variations du taux de la polypeptidémie et de l'indice de désamination leur ont paru indépendantes de l'état clinique.

Le rapport des polypeptides rachidiens aux polypeptides sanguins $\frac{PR}{PS}$ dont la valeur a été mise en évidence par Fiessinger et ses collaborateurs, permet de constater la possibilité de dissociation entre le taux de la polypeptidorachie et de la polypeptidémie. Nous avons plus haut signalé l'importance de cette remarque sur la notion de l'origine des polypeptides rachidiens et du métabolisme azoté.

L'*amino-acidémie,* dont la recherche est délicate et pratiquement peu utilisable, est peu étudiée. On signale d'ordinaire son augmentation. Il est regrettable que n'aient jamais été faites, à notre connaissance, les épreuves de Glässner (étude de l'amino-acidémie après ingestion de glycocolle) de Mancke (amino-acidurie après ingestion de gélatine), de l'action dynamique spécifique des albumines.

En ce qui concerne l'*acide urique* et les *bases puriques* qui proviennent de la désintégration des nucléo-protéides, il n'existe pas de recherches faites au cours même de l'accès. L'attention ne s'est portée sur ces corps que dans l'alcoolisme chronique et du point de vue expérimental. Il semble que cette intoxication augmente l'uricémie et l'uricurie (Tomitaro, Inaoka-Kyoto et Retzlaff), de même que le taux de la créatine et de la créatinine. Pour Fiessinger, ces recherches auraient pour l'exploration hépatique une valeur des plus discutables.

### 3° Les lipides

Etudiant le taux des matières grasses, Ducceschi, Toulouse, Buchler..., etc., trouvent une augmentation de la cholestérine, de la lécithine et des acides gras. De même Nitzescu, expérimentalement, par administration continue d'alcool, voit se produire une hyperlipidémie, augmentation qui peut atteindre 100 0/0 pour les acides gras, 70 0/0 pour le cholestérol. Sukow, par contre, ne signale pas de variations et Keeser note une diminution de la cholestérolémie.

Binswanger et Polisch rencontrent un excès dans le sérum de phosphatides et de savons, Buchler de la lipase quininorésistante dont les travaux de Fiessinger, Albeaux-Fernet et Gajdos ont montré l'intérêt (*Annales de médecine,* 1933).

Il faut signaler ici qu'on a voulu (notamment Sternberg) établir une relation entre le taux cholestérinique et l'état d'agitation où il serait accru et de dépression où il serait

abaissé ; de même pour les acides gras dont la concentration varierait aux stades successifs d'une même psychose.

Toutes ces notions mériteraient de nouvelles recherches.

### 4° Les éléments inorganiques

L'étude des éléments inorganiques a aussi retenu l'attention des auteurs. Achard, Lévy et Wellisch, menant de front l'expérimentation animale et l'observation clinique, dont ils rapportent les résultats dans une intéressante communication à la Société de biologie à laquelle ils joignent une utile bibliographie, trouvent au cours du delirium tremens une diminution du taux du potassium plasmatique et une augmentation de celui du sodium et du calcium. D'autres auteurs, notamment Futer, Weiland et Tarnopolskaja ; Gojcher, Weiland et Tarnopolskaja, au contraire, signalent une augmentation du potassium et pour les autres électrolytes une teneur moins constante tant chez des alcooliques chroniques que chez des animaux longuement imprégnés d'alcool.

Le dosage de la chlorémie dans le sang total et le sérum ne donne pas de résultat appréciable : peu de cas observés variations minimes par rapport à la normale (Futer, Weiland et Tarnopolskaja; Toulouse, Courtois et Russell; Mlle Truche).

Pour être complet, ajoutons qu'il n'y a pas de modification de la réserve alcaline, même expérimentalement (Fiessinger, Puca...), ni du *p*H, ni de l'équilibre acido-basique, aux dires de la majorité des auteurs. Quelques dissidents signalent une tendance à l'acidose (Polisch ; Gojcher, Weiland et Tarnopolskaja ; Futer, Weiland et Tarnopolskaja, Nuzum et Maner...), il est vrai chez des alcooliques chroniques.

### 5° Autres recherches

Il faut insister sur l'étude de la bilirubinémie dont on sait l'importance dans l'exploration fonctionnelle du foie. Malgré la difficulté du dosage, la variété des procédés (méthodes directes notamment de fixation de l'indice biliaire du plasma de Henry Walter, et surtout méthodes indirectes toutes issues de celle de Hymans van der Bergh, qui utilise pour le dosage de la bilirubine la coloration que donne celle-ci

avec le diazo réactif d'Ehrlich : Hymans van der Bergh modifiée, réaction de Chabrol, Charonnat et Busson, technique de Fiessinger, Gadjos, Lefebvre et Garon...) et des unités de mesure, la variabilité physiologique (Fiessinger, Walter et Thierry, comptes rendus de la Société de biologie, 5 mai 1928), qui n'ont pas permis aux physiologistes de fixer un chiffre formel pour le taux normal de la bilirubine, il semble bien que l'accord soit fait sur l'hyperbilirubinémie dans le delirium tremens (Bostroem, Binswanger, de Crinis, Keeser, Toulouse, Courtois, Russell, Puyuelo...) et le retour à la normale se faisant en moyenne de 2 semaines à 2 mois après l'épisode aigu. Cette hyperbilirubinémie apparaîtrait avant l'éclosion de celui-ci, coïnciderait chez les alcooliques chroniques au début du déficit mental et somatique.

On a pratiqué également des épreuves d'hyperbilirubinémie provoquée : méthode de Bergmann et Eilbott (injection intraveineuse de bilirubine, puis dosage 4 minutes et 4 heures après) que Binswanger trouve positive au moment du délire, négative lorsque ce dernier s'atténue ; méthode de Drouet qui consiste à étudier la courbe d'hyperbilirubinémie provoquée par l'arrivée dans le sang d'une surcharge pigmentaire non pas introduite artificiellement mais chassée de la rate par une injection d'adrénaline : la bilirubinémie ne revient à la normale que dans un temps considérable (en 1 heure 1/2, au contraire, chez le sujet sain).

C'est par des méthodes du même genre que l'on étudie la fonction chromagogue du foie. Elles ont été surtout pratiquées dans l'alcoolisme chronique, peu dans les accidents aigus, aussi ne nous retiendront-elles pas longuement : épreuve de Rosenthal à la bromesulphtaléïne, du tétraïode, du rose bengale (diiodotetrachlorefluorescéïne dans l'épreuve de Delprat, Kerre, Epstein et Duniewitz ; tétraiodotétrachlorefluorescéïne dans celle de Fiessinger et Walter), qui ont donné des renseignements précieux sur l'état hépatique des « candidats » au délirium : toujours positives dans le sens d'altérations importantes.

L'étude comparative des troubles des fonctions pigmentaires et chromagogues est toujours concordante chez les délirants alcooliques.

### 6° Les éléments figurés

Enfin, les éléments figurés ont fait l'objet d'un certain nombre de recherches chez les alcooliques, notamment de la part de Sukow, Streltschuk, Lindstromm, Puyuelo..., etc. Avec un de nos collaborateurs, nous nous occupons de façon particulière de la question mais le manque de temps ne nous a pas permis de publier encore nos résultats.

La vitesse de sédimentation des hématies est toujours augmentée pour atteindre les chiffres les plus élevés dans le délirium tremens. Le retour à la normale serait lent.

Quant à l'image sanguine, elle se présente de la façon suivante :

Diminution du nombre des hématies et du taux d'hémoglobine, hyperleucocytose légère avec neutrophilie, augmentation des formes jeunes, baisse du chiffre des lymphocytes et des éosinophiles, déviation vers la gauche de la formule d'Arneth. Ces modifications sont d'autant plus marquées que le cas est plus grave ; leur disparition est progressive dans un temps variable.

Toulouse, Courtois et Marchand trouvent une lymphocytose avec polynucléose.

Il faut noter que ces constatations diffèrent des données expérimentales. En ce qui concerne la sédimentation globulaire, Stillmunkes et Costes par exemple notent un ralentissement considérable de la vitesse de chute des hématies dans les ivresses expérimentales. Il est vrai que ce fait est en contradiction avec le résultat rapporté par Claude et ses collaborateurs. Obrégia, Dimolesco et Badenski, administrant de l'alcool à des alcooliques anciens ou à des oligophrènes, notent une baisse du nombre des lymphocytes et des polynucléaires allant de 18 à 60 %, une augmentation des mononucléaires moyens et grands, la déviation vers la droite de la formule d'Arneth, enfin de l'anémie. Chez le cobaye intoxiqué par l'alcool, mêmes résultats.

Tomesco, Gruia, Ionesco et Constantinesco, après injection intra-veineuse d'alcool, remarquent une augmentation du nombre des hématies, de l'hyperplaquettose et des résultats contradictoires quant aux leucocytes (soit leucocytose, soit leucopénie, soit réaction double, soit même absence de toute modification).

Tout ce qui précède semble bien prouver que les altérations cytologiques du sang au cours des accidents psychopathiques alcooliques aigus ne doivent pas être imputés au produit toxique lui-même, mais à d'autres éléments.

De cette longue et fastidieuse énumération de chiffres on peut donner le résumé suivant, en négligeant les éléments secondaires ou encore imprécis : l'examen biologique du sang au cours des délires alcooliques aigus permet de mettre en évidence des modifications de la glycémie, surtout à l'occasion des diverses épreuves fonctionnelles, une augmentation des protides, notamment de l'urée et des matières grasses, une élévation de la teneur en ions sodium et calcium et un abaissement de celle en potassium, de l'hyperbilirubinémie, des altérations de l'image sanguine. Nous verrons plus loin la signification de ces faits.

## Chapitre IV

# LA QUESTION DE L'ALCOOL

Les belles recherches de Grehant et de Nicloux, qui aboutirent en 1896 à la mise au point de la méthode précieuse de dosage de l'alcool en solution très diluée par l'utilisation de l'oxydation sulfo-chromique (connue sous le nom de méthode de Nicloux) ont permis l'étude de l'alcoolisme sous tous ses aspects et ont été à l'origine d'une énorme masse de travaux. La plupart, guidés par un esprit essentiellement chimique ou physiologique, ne peuvent nous retenir ici. Leur intérêt est pourtant grand : ils ont permis d'établir les conditions de résorption et d'élimination du toxique, d'apporter au médecin-légiste un test précieux, actuellement en vogue, dont témoignent les célèbres lois de Widmark et à tout laboratoire de clinique une nouvelle épreuve dont ne saurait se dispenser quiconque soigne des alcooliques.

Aussi connaît-on parfaitement, tant du point de vue expérimental que clinique, la biochimie de l'ivresse en ce qui concerne l'alcool. Dans ce cas, le taux du toxique dans le sang, l'urine et le liquide céphalo-rachidien progresse, passe par un maximum puis décroît selon une courbe aujourd'hui classique étudiée par Grehant puis de très nombreux auteurs. Nous ne

saurions étudier cette question qui motiverait d'amples développements, ni celle du rapport des taux de concentration alcoolique dans les différents liquides organiques (sang, liquide céphalo-rachidien, urines).

Tous ces faits n'ont pas manqué de susciter des recherches chez les alcooliques délirants. En 1905, Sabrazès rapportait au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Liége, un cas d'alcoolisme aigu où Deniges trouva une quantité notable d'alcool dans le liquide de ponction. Demole, dans un article de l'*Encéphale,* met au point pour 1914 la question de l'influence de l'alcool dans l'éclosion du délirium et conclut avec ses prédécesseurs que le délire est indépendant de l'ingestion immédiate d'alcool, qu'il peut se déclarer sans trace de ce produit dans l'organisme. Pour que l'on trouve de l'alcool dans l'urine, le sang, le liquide céphalo-rachidien, la salive et l'haleine, au début du délirium, il faut que le sujet en ait absorbé une quantité suffisante dans les vingt-quatre heures précédentes. L'élimination se fait comme chez l'homme normal et après celle-ci le délire continue son évolution.

Tous les auteurs ont fait ultérieurement des constatations du même ordre. Citons les travaux de Lenoble, la thèse d'Ythier, Mattossi, Binswanger, Toulouse..., etc... Dans la thèse de Lorre, inspirée par notre maître, on peut lire un bon résumé de la question de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien. Nous nous sommes particulièrement occupés du même problème. Dosant systématiquement l'alcool du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien par la méthode de Nicloux chez tous les alcooliques, nous n'avons jamais pu mettre en évidence chez les délirants aigus des taux anormalement élevés. Chaque fois que l'analyse décelait la présence d'alcool, l'enquête a pu prouver des libations récentes et le rapport entre ces dernières et le taux alcoolique était conforme aux lois de Widmark. Le seul fait notable est, dans certains cas, un allongement de la courbe d'élimination par une prolongation de celle-ci dans le temps.

Le plus souvent, la présence d'alcool était faible ou nulle. Bien plus, il nous a été donné d'observer des alcooliques admis pour ivresse ou tout autre motif dans les services de médecine générale de l'hôpital et dont nous dosions l'alcoolémie et l'alcoolurie à intervalles rapprochés, déclancher un délirium authentique au moment où disparaissait l'alcool du sang. L'observation n° 8 de la thèse de notre ancien collaborateur

Esparceil en est une illustration et semble donner une preuve de la possibilité d'un delirium « a potu suspenso », dont les anciens auteurs signalaient la réalité clinique. On voit combien il y a là une différence importante entre les accidents aigus au cours de l'alcoolisme chronique et l'alcoolisme aigu ou plutôt les états consécutifs à l'absorption d'une forte quantité de toxique où le dosage alcool donne de précieux renseignements.

Après Pringsheim, Voltz, Schweisheimer, Gabbe, Balthazard et Larue, Hansen, Mattossi, Binswanger, Broggi, Jungmichel, Mlle Lévy, Bernhard et Goldberg, etc..., nous nous sommes particulièrement attachés au problème de l'accoutumance à l'alcool. Le résultat de nos recherches est consigné dans la thèse d'Esparceil (Toulouse 1936). Recherchant s'il n'existait pas une différence dans la résorption et l'élimination de l'alcool chez les abstinents et chez les alcooliques plus spécialement chez ceux qui venaient de présenter un épisode aigu, par l'étude des courbes d'alcoolémie et d'alcoolurie, nous avons pu confirmer la notion établie par certains, notamment par Bernhard et Goldberg, qu'il n'existe pas de différence des courbes chez les catégories ci-dessus de sujets, qu'en d'autres termes abstinents et alcooliques ont une courbe d'alcoolémie à peu près semblable dans des conditions identiques d'absorption d'alcool.

C'est là un fait d'importance pour l'étude pathogénique des délires alcooliques ; on trouvera développement, observations et bibliographie dans la thèse de mon collaborateur.

Avant de clore ce chapitre, il convient de noter pour mémoire l'intra-dermo-réaction à l'alcool proposée par Bonazzi (*Giornale di psichiatria e di neuropathologia*, n° 3, 1934, p. 272). Nous ne savons pas qu'elle ait été pratiquée au cours des délires alcooliques aigus, mais il serait intéressant de faire à ce sujet quelques recherches.

La même remarque s'impose pour la géno-cuti-réaction de Ceni, que Perniola expérimenta récemment sans succès chez des alcooliques chroniques.

Chapitre V

# SYNTHESE ET CONCLUSIONS

Au terme de cette longue énumération de travaux, il convient de tenter une synthèse des données de nos prédécesseurs et de notre expérience. Peut-être nous permettra-t-elle de mieux connaître, grâce au syndrome biologique des délires alcooliques, la séméiologie et la pathogénie toujours discutée de cette affection ou du moins de faire le bilan de ce que la biologie peut apporter aux études pathogéniques qui, nous l'avons dit, doivent, pour être complètes, faire la somme de données morphologiques, psychologiques et physico-chimiques.

Quelques points principaux se dégagent de notre exposé :

1° Les examens de laboratoire dans le sang et les urines, et notamment les épreuves fonctionnelles, mettent en évidence de façon constante chez les délirants alcooliques aigus un syndrome d'insuffisance hépatique. Celle-ci est importante et globale, c'est-à-dire porte sur toutes les fonctions du foie : biliaire et chromagogue, glycorégulatrice, antitoxique, sanguine, métabolisme des protides et des matières grasses..., etc. Dans les chapitres traitant des urines et du sang, on trouvera le développement de chacun de ces points. Il ne semble donc pas utile d'y revenir.

Il est bien entendu, d'autre part, qu'il n'est ni de notre compétence, ni du cadre de cet exposé, de discuter ce terme d'insuffisance d'hépatique qui, à notre sens, n'est pas bon en valeur absolue et que nous prenons tel qu'on le trouvera décrit, par exemple, dans les publications de Fiessinger. Notre rôle étant seulement de passer en revue les applications à la psychiatrie de sciences données et non de discuter celles-ci.

Cette insuffisance hépatique dans les délires alcooliques est cliniquement et anatomiquement bien connue. Au Congrès des aliénistes et neurologistes de La Rochelle, en 1894, puis dans une série de publications dans la dernière décade du siècle dernier, Klippel avait déjà bien établi cette notion qu'une quantité d'auteurs, que nous ne saurions énumérer, a confirmée. Dans un même ordre d'idées, on connaît bien les rapports qui unissent les fonctions hépatiques et le psychisme

depuis les simples altérations du caractère des cholémiques jusqu'aux psychoses confusionnelles décrites dans les cirrhoses.

Comme nous l'écrivions dans l'introduction, nous n'avons pas à traiter ici des troubles mentaux dans les maladies du foie ; ce sujet est vaste, mériterait d'amples commentaires qui ne sont pas du domaine de notre rapport. Qu'il nous suffise de dire que les recherches biologiques confirment sur ce point les données cliniques classiques en ce qui concerne les délires alcooliques aigus.

2° Cette insuffisance, importante et globale, est en outre nécessaire, indispensable à l'éclosion du délire qui ne peut apparaître sans elle.

Il n'existe pas d'observation de délire alcoolique aigu sans le syndrome ci-dessus décrit, ce qui nous conduit à poser le problème des rapports de l'alcoolisme chronique et des bouffées psychopathiques aiguës.

Si l'on veut bien mettre en parallèle le tableau biologique de l'intoxication chronique et celui que nous venons d'énumérer, on sera frappé de leur analogie. Intensité mise à part, on trouve le même état bio-chimique dans les deux cas. Pour certains corps, la bilirubine par exemple, des auteurs comme Binswanger ont montré l'augmentation du taux sanguin précédant et annonçant le début de l'accès. On pourrait multiplier de semblables constatations qui montrent que l'accès n'est, dans la plupart des cas, que l'exagération (en ce qui concerne la formule biologique) du terrain bien connu de l'intoxication chronique.

Donc : pas de délire alcoolique aigu sans substratum d'alcoolisme ancien. Tout ce qui ne répond pas à cet axiome constituant, soit une ivresse délirante, soit une psychose de nature quelconque, mais pas l'affection dont nous avons ici étudié l'un des aspects.

Ce que l'on a rappelé plus haut du métabolisme de l'alcool confirme ce fait. Il est prouvé que le délirium, le plus souvent, n'est pas produit par l'augmentation du taux alcoolique dans le sang.

De même, il ne semble pas y avoir de différence entre la formule biologique des diverses formes cliniques des accidents étudiés. C'est dans cette différenciation que prennent place les données morphologiques et psychologiques.

3° Cette insuffisance importante, globale et nécessaire, ne

s'associe pas d'ordinaire à des altérations massives d'autres organes. Du moins, les examens biologiques ne permettent pas de le dire.

Il est bien entendu que l'on peut trouver un alcoolique chronique présentant une affection rénale, pancréatique ou autre, antérieure ou contemporaine à son intempérance et de quelque nature que ce soit, mais en général l'alcool chroniquement ingéré ne paraît pas adultérer profondément le rein, puisque c'est lui, en résumé, que les épreuves ci-dessus énumérées explorent surtout avec le foie.

Nous ne signalons que pour mémoire les phénomènes gastriques de l'alcoolisme. Leur étude, plus clinique que biologique, n'a pas été faite à notre connaissance dans les accidents mentaux paroxystiques et ne pouvait donc nous retenir.

Plusieurs épreuves, certes, sont d'interprétation délicate quant à l'imputation à tel ou tel organe des troubles qu'elles révèlent. Mais il ne faut pas oublier ce que nous disions plus haut, au chapitre des urines, de la formule de rétention dénoncée dans le delirium tremens comme dans toutes les toxi-infections et que l'on doit considérer comme une réaction de défense se produisant dans l'intimité de tous les tissus et non dans un organe spécial. L'alcool, c'est une donnée classique, lèse plus électivement le foie, mais produit certainement ailleurs des altérations plus difficiles à saisir, ainsi que nous allons le voir à nouveau dans le prochain paragraphe.

4° En même temps, en effet, qu'elle lèse profondément la cellule hépatique, l'intoxication alcoolique chronique directement ou indirectement altère la barrière hémato-encéphalique. Nous avons rapporté à ce sujet les belles expériences de Hauptmann, de Stern et Lokschina.




Cette « barrière », malgré son caractère plus verbal qu'anatomique, est une réalité physiologique et a un rôle incontestable de défense. Aussi ne pouvait-on s'empêcher de noter ses altérations et de les mettre en parallèle avec l'accroissement des toxiques divers circulant dans le sang de nos malades.

Telles sont les données positives de notre exposé. On nous permettra d'y joindre quelques brefs commentaires ou plutôt de poser une question qui ne peut manquer de préoccuper le psychiatre.

Puisqu'il est aujourd'hui bien admis qu'une foule de circonstances peut « déclancher » le delirium tremens ou les autres formes que nous englobons, en raison de leur identité

biologique, sous le terme de délires alcooliques aigus chez les alcooliques chroniques, quel est le mécanisme de leur action ? Résoudre le problème serait faire ces théories pathogéniques que nous nous sommes interdites, nous amènerait à étudier toute une bibliographie nouvelle, notamment celle qui touche la pathogénie des autres accidents neurologiques, en particulier la polynévrite sur laquelle les récents travaux de Villaret, Justin-Besançon et Klotz ont apporté d'intéressantes notions (Société médicale des Hôpitaux de Paris, 3 juillet 1936).

Notons seulement que notre étude a la prétention d'avoir mis en lumière le déficit hépatique prédominant et, par suite, le fléchissement de la fonction protectrice de cette glande contre toutes les toxi-infections exogènes ou endogènes. Parmi ces dernières, on a parlé des produits d'autolyse que met en circulation la destruction de la cellule hépatique et les viciations de la fonction biliaire : certains composants anormaux du sang énumérés au chapitre spécial en sont des spécimens. Pour les autres, si nos procédés usuels de laboratoire sont impuissants à les mettre en évidence, leur réalité est indiscutable.

En résumé, s'il nous est permis de schématiser à l'extrême, nous concluerons ainsi :

L'alcoolisme chronique lèse profondément la cellule hépatique qui perd ainsi son rôle essentiel de protection et devient le point de départ de produits toxiques les uns connus, les autres encore indéterminés dont les moyens d'exploration physico-chimiques actuellement mis en œuvre ne donnent qu'une image incomplète. En même temps, elle diminue la résistance de la barrière hémato-encéphalique et réveille par neuropexie, au niveau de l'encéphale et des méninges, des infections latentes. Voilà ce qui découle de l'étude ci-dessus.

Un rapport à l'une de vos assises doit, à mon sens, mettre au point une question pour l'heure présente et indiquer la voie des recherches à venir. Aussi ne saurais-je clore ces pages sans émettre le vœu que des explorations complémentaires viennent augmenter nos connaissances sur les différents points de cet exposé, notamment en ce qui concerne ceux que nous avons signalés au passage, en particulier l'influence de l'alcool sur les phénomènes de neuropexie, sur la barrière hémato-encéphalique, sur les diverses modifications tissulaires au cours des délires alcooliques aigus.

# BIBLIOGRAPHIE

1. ABADIE et PAULY. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme. *Communication, Congrès des Aliénistes,* Lille, 1930.

2. ACHARD, LÉVY et WELLISCH. — Modifications chimiques des éléments inorganiques du sang au cours du delirium tremens et chez des animaux alcoolisés. *C.R. de la Soc. de Biol.*, 7 nov. 1931, t. CVIII, p. 620.

3. BINSWANGER. — Pathologie fonctionnelle du foie dans le delirium tremens alcoolique. *Klinis. Wochens.*, 6 août 1932, t. XI, n° 32.

4. BUCHLER. — *Arch. F. Psychiat.*, 1927.

5. CAPOULADE. — *Thèse de Paris,* 1919-1920.

6. CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE. — Réactions transitoires du liquide céphalo-rachidien au cours de psychoses toxiques. *Soc. de Psych.*, 20 oct. 1927.

7. CLAUDE, DUBLINEAU, MASQUIN et Mlle BONNARD. — Recherches sur les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques. *C.R. de la Soc. de Biol.*, 23 juil. 1932, p. 1272, et *Presse Méd.*, n° 97, 3 déc. 1932, p. 1813.

8. COURTOIS et Mlle JACOB. — Réaction méningée subaiguë dans l'alcoolisme chronique. *Soc. Méd.-Psych.*, 17 mai 1934.

9. COURTOIS et PICHARD. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme subaigu (100 examens). *Soc. Méd.-Psych.*, 24 juin 1929.

10. COURTOIS et PICHARD. — Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien chez deux épileptiques alcooliques. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 20 janv. 1930.

11. CRINIS. — *Monats. f. psychia.*, 1930.

12. DEMOLE. — Alcool et delirium tremens. *Encéphale,* 10 janv. 1914, n° 1, p. 5.

13. DOSIO et FRANCESCO. — La courbe de l'urine dans les psychoses alcooliques. *Giorn. di psichia. clin. e tecni. mani.*, 1912. Analyse, in *Rev. Neur.*, 1913, t. XXVI, p. 467.

14. ESPARCEIL. — Nouvelles recherches expérimentales sur l'accoutumance à l'alcool chez l'homme. *Thèse de Toulouse,* 1936-1937.

15. FIESSINGER, GAJDOS et PANAYOTOPOULOS. — La traversée sanguine de l'alcool en pathologie hépatique. *Le Sang,* 1935, t. IX, p. 901.

16. FUTER, WEILAND et TARNOPOLSKAJA. — Contribution à l'étude de la biochimie de l'intoxication alcoolique réalisée par de petites doses. *Acta med. Scandina,* 1933. p. 557.

17. HAUPTMANN. — Contribution à l'étude de la pathogénie des maladies mentales et du système nerveux d'origine alcoolique. *Deuts. Zeits. f. Nerven.*, 1927, p. 91.

18. GOJCHER, TSCHERNYSCHEVA et KRASNOWSKAJA. — Modifications somatiques et biochimiques dans l'alcoolisme chronique. *Acta med. scandina.*, 1934, vol. LXXXI.

19. GOJCHER, WEILAND et TARNOPOLSKAJA. — Contribution à l'étude des modifications biochimiques dans l'alcoolisme chronique. *Acta med. scandina,* 1933, vol. LXXIX, p. 563.

20. GUICHARD. — Contribution à l'étude de l'insuffisance hépatique dans le délire alcoolique subaigu ; signification de la glycosurie alimentaire. *Thèse de Lyon,* 1908-1909.

21. JOAKI et RONDEPIERRE. — Délire aigu d'origine alcoolique. *Soc. Méd.-Psych.,* 21 juillet 1932.

22. LAIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF. — Valeur pratique de ia glycosurie alimentaire dans le pronostic des délires. *Soc. de Psych.,* 18 février 1909.

23. LINDSTROMM — *Deutsch. Zussemmenf.,* 1934.

24. LORRE. — La recherche de l'alcool dans le liquide céphalo-rachidien. *Thèse de Bordeaux,* 1929-1930.

25. NIDER. — Lésions hépatiques aiguës, rétention de phénoltétrachlorphtaléine et élimination de phénolsulfonphtaléine. *Proc. Soc. exp. biol.,* 1932, XXX, p. 70 ; anal. *Jour. de Physiol.,* 1933, p. 928.

26. NITZESCU. — L'alcoolisme chronique et les graisses du sang. *Soc. de Biol. de Cluj,* 1er mars 1932, *C.R.,* 1932, t. CX, p. 65.

27. NUZUM et MANER. — Quelques modifications chimiques du sang dans l'alcoolisme chronique. *Journ. of the Am. Med. Assoc.,* août 1923, p. 456.

28. OBREGIE, DIMOLESCO et BADENSKI. — Les modifications cytologiques sanguines dans l'alcoolisme aigu provoqué. *C.R. de la Soc. de Biol.,* 23 nov. 1929, p. 671.

29. PERNIOLA. — La géno-cuti-réaction chez les alcooliques chroniques. *Riv. di pato. nerv. e ment.,* XI-XII, 1933, vol. XLII, p. 699.

30. POLISCH. — *Monat. f. psych. u. neuro.,* 1926.

31. PUCA. — La réserve alcaline et la tension alvéolaire dans certaines formes mentales. *Riv. di psych.,* 1930, n° 2, p. 263.

32. PUYUELO. — Les fonctions hépatiques dans l'alcoolisme chronique. *El siglo med.,* 4 et 18 mai 1935, p. 508 et 561.

33. PUYUELO. — La biligenèse dans l'alcoolisme. *El siglo med.,* 20 avril 1935, p. 468.

34. RAFFLIN. — Troubles humoraux dans l'alcoolisme chronique. *Soc. de Psych.,* 23 juin 1927.

35. SCHEINER. — La réaction de Millon dans l'urine au cours des psychoses toxiques. *Rev. di path. nerv. e ment.,* 1928.

36. STERN et LOKSCHINA. — Influence de l'empoisonnement chronique par l'alcool sur la résistance de la barrière hémato-encéphalique. *C.R. de la Soc. de Biol.,* 16 fév. 1929, p. 465.

37. STILLMUNKES et COSTES. — La sédimentation globulaire des ivrognes. Soc. franç. d'hématol., 5 juin 1935. *Le Sang,* 1935, p. 742.

38. STRELTSCHUK. — Les modifications de l'image sanguine dans l'alcoolisme. *Zeits. f. d. neur. u. psych.,* 1932, t. CVIIIL, p. 774.

39. SUKOW. — L'image sanguine dans l'alcoolisme. *Monats. f. psych. u. neuro.,* 1926, t. LXII, p. 240.

40. Tomesco, Gruia et Constantinesco. — Modifications cytologiques sanguines après les injections intra-veineuses d'alcool. Soc. roum. d'hémato., 29 mai 1935. *Le Sang*, t. X, n° 1, 1936, p. 116.

41. Tomitaro, Inaoka-Kyoto et Retzlaff. — De l'influence de l'alcool sur le métabolisme de l'acide urique. *Klin. Wosch.*, 21 oct. 1924, p. 1947.

42. Toulouse, Courtois et Mlle Russell. — Modifications chimiques du sang au cours du délirium tremens. *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, février 1931, p. 124.

43. Toulouse, Courtois et Pichard. — Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien chez des alcooliques après un accès convulsif. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 22 juillet 1929.

44. Toulouse, Marchand et Courtois. — L'encéphalite psychosique aiguë des alcooliques. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 1, janv. 1933, p. 1.

45. Truche. — Les modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme aigu et chronique. *Thèse de Paris*, 1933.

46. Ythier. — Ethylisme et liquide céphalo-rachidien. *Thèse de Montpellier*, 1920-1921.

# DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. le Professeur Hesnard (de Toulon). — Je voudrais apporter une modeste contribution à la question magistralement traitée par M. Bargues ; simple résumé des recherches entreprises par mes camarades de la Marine et par moi-même ; car nous voyons dans les hôpitaux maritimes, hélas ! beaucoup de délirants alcooliques.

I. En ce qui concerne d'abord les *polypeptides*, je rapporte, avec celles de mon service de Toulon, les conclusions, à Brest, de mes camarades Artur et Coulonjou, ici présents, qui ont d'ailleurs publié récemment un travail sur la question dans les « Annales médico-psychologiques » :

*Dans le sang :* il y eut environ 50 0/0 des cas étudiés caractérisés par l'hyperpolypeptidémie, ces cas comportant de l'insuffisance hépatique indiscutable dans une proportion de 78 0/0 ; j'ajoute que, dans la plupart des cas (conclusion qui concorde avec celle, à Cadillac et à Aix, de mon ami A. Régis), l'azotémie était plus élevée que ne l'indique M. Bargues.

*Dans le liquide céphalo-rachidien,* la proportion fut toute différente : pas un seul cas de peptorachie sur une vingtaine examinés, dont plusieurs en plein accès de delirium tremens classique. Ce qui tend à faire admettre comme rare la peptorachie admise par quelques auteurs comme conséquence directe de l'atteinte cérébro-méningée. C'est donc, à notre avis, comme à celui du rapporteur, la polypeptidémie qui est fréquente, quoiqu'inconstante, dans le délire alcoolique.

Or, quelle est la signification de cette polypeptidémie ? Il semble qu'elle ait la même signification ici que dans tous les états où elle a été décelée, à savoir celle d'un trouble du métabolisme azoté en rapport avec des causes générales ou viscérales très diverses. C'est ainsi que, récemment, dans un cas d'état crépusculaire avec syndrome de Ganser, probablement préschizophrénique, chez un jeune soldat, une polypeptidémie nette coexistait avec une insuffisance rénale.

Cela ne veut pas dire que la polypeptidémie puisse être

considérée comme sans rapport avec le délire. Il se pourrait que, dans le cas où elle existe, elle surajoute, par la haute toxicité que les auteurs s'accordent à lui attribuer, un élément auto-toxique sinon primitif, du moins d'aggravation secondaire.

II. En ce qui concerne ensuite *le dosage de l'alcool*, que nous avons surtout pratiqué dans le sang par la méthode classique de Nicloux, j'apporte le résultat d'une vingtaine d'observations prises dans mon service de Toulon en collaboration avec mon assistant, le Dr Picard ; observations de délires, d'ivresses plus ou moins morbides et aussi de crises convulsives et d'accidents somatiques aigus, en parallèle avec les crises délirantes : tous ont été examinés à ce point de vue le jour même ou le lendemain de leur entrée d'urgence pour symptômes bruyants.

Nos conclusions confirment celles du rapporteur sur la négativité de la réaction dans beaucoup de cas, ou du moins sur l'inconstance de la réaction. Certains délirants avaient 6 c. 5 d'alcool par litre, d'autres — les plus fréquents — zéro, ce qui confirme le vieux classement en « potu nimio » et « potu suspenso ». Les chiffres les plus élevés nous ont été fournis par le cas d'une crise épileptoïde sans délire, par celui d'une crise de tremblement avec très légère obnubilation psychique dissipée en douze heures, et par celui d'un état dépressif brusque avec anxiété sans délire vrai d'une durée de quelques jours.

Les chiffres les plus faibles nous ont été donnés par des éthyliques chroniques, au cours d'accès aigus préparés durant des mois par des petits troubles de l'humeur et du caractère, et cette déchéance morale sournoise des vieux buveurs au foie fatigué. Dans plusieurs cas, le délire a éclaté au moment où la petite quantité d'alcool décelée préalablement dans le sang disparaissait. Nous avons pu vérifier aussi, dans quelques cas, que abstinents et alcooliques ont une courbe alcoolémique à peu près superposable dans des conditions comparables d'ingestion : ce qui permet de conclure — tout le monde est d'accord là-dessus — que *le délire n'est pas causé par l'alcool circulant.*

III. En ce qui concerne maintenant *l'urine,* point essentiel qui me conduira à quelques réflexions générales, je regrette que M. Bargues n'ait pas davantage insisté sur le parallélisme, ou plutôt *le parallélisme inverse* de la courbe délirante et de la courbe urinaire.

La rétention urinaire chez l'alcoolique délirant est constante. Parfois elle est précoce, annonçant de 1 à 3 jours ou plus l'apparition du délire ; la débâcle annonçant, de son côté, ultérieurement la guérison psychique, parfois traînante.

Or, ce phénomène, à la fois clinique et biologique, est d'un intérêt capital. Il semble banal aujourd'hui. Mais jadis, quand mon Maître Régis proclamait qu'on faisait le diagnostic et le pronostic du délire alcoolique « le bocal en main », il surprenait bien des psychiatres.

M. Bargues se contente de dire « qu'il est la preuve d'un état toxi-infectieux ». Mais a-t-il songé à ce double fait que des quantités de maladies cycliques aiguës *sans formule psychiatrique* présentent ce syndrome de rétention, et que, inversement, des *quantités d'accès délirants* (par intoxication exogène et surtout par infection manifeste) — tel le délire paludéen — *ne le présentent jamais* sous cette forme typique ? D'autres délires éclatent après la crise urinaire, comme le délire pneumonique de défervescence ; d'autres en sont totalement indépendants.

Ce qui est étonnant ici, ce n'est pas le phénomène de crise, en lui-même banal. Ce n'est pas la formule onirique ou confusionnelle. C'est que le phénomène en question soit une crise psycho-urinaire, une crise à double aspect, urinaire et psychique. Ce que je serais tenté d'expliquer en disant que l'accès délirant éthylique est déterminé, non par l'alcoolémie, ni par une infection consécutive à la neuropexie, mais par une imprégnation ou charge du système cérébro-psychique, de nature humorale, ou, pour revenir au vieux mot de Bouchard, autotoxique, suivie de décharge. Sorte de processus de défense, qui ne se produit plus quand le foie est très touché et qui n'apparaît, dans toute sa netteté, que chez les éthyliques jeunes et encore capables de cette réaction. Un tel processus est à rapprocher du *sevrage* toxique en général, spontané ou provoqué ; il est d'ailleurs déclanché fréquemment par la privation accidentelle d'alcool, qui suffit à annoncer le phénomène oscillatoire de charge et de décharge, d'assimilation et de désassimilation toxiques.

Je trouve enfin que M. Bargues schématise un peu quand il fait la part si belle à l'*insuffisance hépatique*.

D'abord, parmi les nombreuses insuffisances hépatiques, même globales, quelle est celle qui caractérise le délire ?

Ensuite, la qualité du toxique ingéré n'intervient-elle pas souvent, même par l'intermédiaire de l'auto-intoxication ? Nous le voyons, par exemple à Saïgon, chez des marins jeunes, ne présentant, comme insuffisance hépatique, que le dysfonctionnement banal de la glande sous l'influence du climat tropical, et qui font si facilement des formes oniriques ou confusionnelles sous l'influence des alcools industriels de haute toxicité que leur versent les Chinois. Certains d'ailleurs évitent le délire et font de la polynévrite avec petits signes psychiatriques accessoires, alors que leur foie ne paraît ni plus ni moins touché que chez ceux qui délirent. On sait d'ailleurs, depuis très longtemps, que l'intoxication nerveuse par les essences a, en neuropsychiatrie, une allure clinique bien différente de l'intoxication par le vin ou les alcools ordinaires... C'est pourquoi cette intervention étiologique de la nature chimique de l'intoxication primaire, dans ses effets organiques secondaires, mériterait d'être étudiée.

En résumé, Messieurs, malgré sa contribution de très grande valeur, M. Bargues n'a fait que poser, avec un talent auquel je rends hommage, les éléments d'un problème que nous n'arriverons à éclaircir vraiment que lorsque nous aurons tous fait appel, non seulement au Laboratoire des recherches biologiques — qui est loin d'embrasser toute la Biologie ! — mais à toutes les méthodes d'observation utilisables par la Pathologie générale.

M. le Docteur Marchand (de Paris). — L'important rapport de M. Bargues constitue une mise au point des diverses modifications biologiques que l'on a observées au cours des délires alcooliques aigus. Il résume les divers travaux les plus récents concernant cette question et je lui adresse mes remerciements d'avoir rappelé les travaux de mon regretté élève, ami et collaborateur Courtois, dont je tiens à saluer ici la mémoire.

Si je prends la parole à l'occasion de ce rapport, ce n'est que pour apporter quelques détails complémentaires aux recherches que je poursuis depuis si longtemps sur les modifications biologiques au cours de l'alcoolisme, en particulier pour établir une comparaison entre les modifications qui surviennent d'une part au cours du délire alcoolique aigu, d'autre part au cours du délire alcoolique subaigu, et qui sont si souvent confondues. J'estime que les recherches de laboratoire ne doivent pas être séparées des constatations cliniques.

Je limiterai mes considérations aux modifications biologiques les plus communément recherchées dans nos services d'aliénés et qui sont si utiles pour préciser le diagnostic et le pronostic de l'affection.

*Urine.* — Il est classique de dire que la glycosurie spontanée est fréquente au cours des délires alcooliques. J'ai cherché à préciser cette fréquence. Dans les 88 cas de délire alcoolique subaigus observés dans mon service depuis un an, je la note 13 fois, soit dans 14,7 0/0 des cas. Le taux du sucre n'a pas dépassé quelques grammes par litre (maximum 6 gr. 80) sauf chez un sujet diabétique où il atteint 52 gr. 60.

Dans 32 cas de délire alcoolique aigu (delirium tremens), je note la glycosurie 3 fois (maximum 5 gr.), soit dans 13,6 0/0 des cas, pourcentage très proche de celui concernant les délires alcooliques subaigus.

La recherche de l'albumine a été positive 4 fois dans les 88 cas de délire subaigu (soit dans 4,5 0/0 des cas) et 8 fois chez les 32 sujets atteints de délire alcoolique aigu (soit dans 25 % des cas). Elle n'a jamais dépassé 1 gr. par litre.

Ainsi la glycosurie spontanée n'a pas été plus fréquente dans le délire aigu que dans le délire subaigu ; par contre l'albuminurie, rare au cours du délire subaigu, a été notée dans le quart des délires alcooliques aigus.

Quant à l'urobilinurie, elle a été constante dans tous les cas, ce qui ne peut surprendre puisqu'elle s'observe également chez les alcooliques chroniques en dehors des délires alcooliques aigus et subaigus.

*Sang.* — Recherchée dans 25 cas de delirium tremens, la rétention uréique a été constatée dans tous. Elle était légèrement augmentée dès le surlendemain du début de l'accès délirant, mais rarement, à cette période, elle a dépassé 1 gr.

Dans les cas terminés favorablement, elle a atteint son plus haut taux (maximum 1 gr. 65) au moment où un sommeil profond a marqué la fin de la crise. Dès ce moment, le taux de l'urée sanguine a diminué rapidement. Dans un cas, de 1 gr. 14 il est descendu en 24 heures à 0 gr. 85 et le lendemain le taux n'était plus que de 0 gr. 40.

Dans les cas mortels, le taux de l'urée a continué à progresser (maximum 2 gr.).

Dans les délires alcooliques subaigus (et cette constatation

est importante), la rétention uréique est restée peu élevée, ne dépassant que rarement 0 gr. 50.

*Liquide rachidien.* — Sur 15 examens pratiqués au cours même du délire alcoolique aigu, je note 4 fois une légère albuminose (maximum 0,45), soit dans 26,6 0/0 des cas, 2 fois la précipitation du benjoin colloïdal dans le premier tube de la zone méningitique, une fois un liquide xantochromique (sujet mort d'hémorragie méningée). Toutes les autres réactions (globulines, leuco) ont été négatives.

Sur 19 examens pratiqués au cours du délire alcoolique subaigu, je relève 8 fois une légère albuminose (maximum 0,55) soit dans 40 0/0 des cas, 3 fois une réaction de Pandy subpositive et 4 fois la précipitation du benjoin dans le premier tube de la zone méningitique. Les autres réactions (Weichbrodt, leuco) sont négatives.

Ainsi, qu'il s'agisse du délire alcoolique aigu ou subaigu, le liquide céphalo-rachidien (albuminurie, globulines, leuco, benjoin) présente peu de modifications et celles-ci nous paraissent dues à l'alcoolisme chronique (méningite chronique) puisqu'elles s'y observent dans les mêmes proportions.

Je termine ces simples remarques par quelques considérations sur le syndrome biologique de la *Psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques* (1), affection que j'ai particulièrement étudiée avec Courtois.

M. Bargues n'en fait pas mention dans son rapport, cependant il s'agit d'une forme de délire alcoolique aigu puisque plus de la moitié des cas se termine par la mort en un laps de temps allant de quelques jours à quelques semaines. Cette affection a pour substratum anatomo-pathologique une encéphalo-myélite parenchymateuse. Particulièrement impressionnante cliniquement, elle est caractérisée par une confusion mentale aiguë hallucinatoire associée à une paralysie globale, douloureuse et amyotrophique des membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux, par des symptômes généraux graves, par une anémie profonde, par des manifestations de déficience hépatique, plus rarement rénale, par la progression souvent ascendante de la paralysie qui peut atteindre le diaphragme et les membres supérieurs. Je ne reprendrai pas ici le syndrome

(1) La Psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques (encéphalomyélite parenchymateuse), *Revue Neurol.*, octobre 1934, p. 425.

biologique que nous avons exposé dans notre travail, je n'insisterai que sur les caractères de la rétention sanguine uréique. Ce syndrome se présente en effet comme une véritable expérience de laboratoire pour l'étude de l'élimination des déchets azotés provenant de la destruction musculaire rapide due à l'atrophie aiguë des cellules radiculaires de la moelle. Cette rétention, qui est d'ordinaire moins élevée que dans les cas de délirium tremens, est particulière ; elle ne s'élève que s'il existe associée à la paraplégie une confusion mentale intense ou de la stupeur. Il semble donc que les centres trophiques médullaires jouent un rôle peu important tandis que celui des centres cérébraux qui commandent à la trophicité générale et à l'activité des organes d'élimination serait prépondérant.

J'adresserai maintenant mes félicitations à M. Bargues, car c'est l'intérêt que j'ai éprouvé à la lecture de son travail qui m'a engagé à exposer ces quelques notes ; dans l'avenir, tout clinicien désireux d'étudier les réactions biologiques au cours de l'alcoolisme devra consulter son rapport.

M. le Dr Th. Simon (de Paris). — Nous avons lu, avec beaucoup de plaisir, le rapport de M. Bargues. Il résume clairement des recherches qui paraissent malheureusement avoir été faites un peu au hasard des inspirations de leurs auteurs et sans idée directrice précise ; et, mettant les choses au point, M. Bargues en dégage avec netteté cet élément essentiel et constant de l'existence d'une insuffisance hépatique dans les accidents subaigus de l'alcoolisme, insuffisance dont la présence d'urobiline dans l'urine ou dans le sang paraît d'ailleurs le signe le plus fréquent, ou couramment le subictère. Peut-être M. Bargues a-t-il seulement été trop prudent en ne risquant aucune hypothèse et en limitant à l'excès son sujet. Il paraît, en effet, difficile de comprendre les conditions biologiques des accidents subaigus si on ne les fait pas rentrer dans le cycle plus général des transformations de l'alcool dans l'organisme, de même qu'il faut placer l'accident subaigu dans le cadre de l'alcoolisme où il se développe. C'est sur ces deux points que nous voudrions formuler quelques remarques, plus additives d'ailleurs que critiques. Nous exprimons aussi le regret de ne pouvoir guère encore apporter que des réflexions et point de faits nouveaux, les recherches que nous avons en train n'ayant pas été assez avancées.

I. Que devient l'alcool dans l'organisme ? et quelle action y exerce-t-il ? Il faut bien reconnaître que, sur ce point, nous ne sommes encore que très insuffisamment documentés. Une thèse remarquablement travaillée et réfléchie, d'une élève de Schaeffer, Mlle Le Breton, de la Faculté de Strasbourg, thèse dont M. Bargues ne paraît pas avoir eu connaissance, nous servira à résumer quelques faits particulièrement importants. Mlle Le Breton rappelle naturellement les recherches de Nicloux d'où il ressort que l'alcool a disparu de l'organisme au bout d'une dizaine d'heures, n'étant d'ailleurs qu'en faible partie éliminé par l'urine ou les poumons. Elle indique, et ceci est plus personnel, comment se fait la résorption de l'alcool selon qu'il est injecté dans les veines ou le péritoine, ou simplement ingéré, et comment, dans ce dernier cas, cette résorption est plus lente si l'alcool est ingéré avec d'autres aliments, ce qui n'est sans doute pas sans intérêt pour apprécier ce qui se passe chez les alcooliques dont on connaît le manque d'appétit et l'exagération habituelle de ce symptôme dans les derniers jours qui précèdent les accidents subaigus. Mlle Le Breton signale également comment se fait alors la répartition de l'alcool dans les divers organes selon leur teneur en eau, ce qui place le sang et le cerveau parmi les organes les plus imprégnés, tandis que le foie, chose paradoxale, paraît parmi les plus pauvres bien qu'abondamment traversé ; probablement, il est vrai, parce que l'oxydation de l'alcool y est particulièrement active.

L'oxydation de l'alcool est le grand mécanisme de sa disparition dans l'organisme. Elle est extrêmement rapide. Et, à la lecture du travail de Mlle Eliane Le Breton, on éprouve cette impression que l'alcool introduit dans l'organisme y est détruit, comme le serait un corps étranger, par un processus quasi-automatique d'auto-défense d'ailleurs très compliqué : déshydrogénation en présence d'un ferment jaune spécial ou flavinenzyme, le foie contenant précisément tous les éléments nécessaires à cette oxydation et les déversant dans la circulation. Cette destruction de l'alcool s'accompagne de la production de produits intermédiaires, aldéhyde acétique notamment, toutefois encore peu connus et surtout peu suivis. Au cours de cette désassimilation l'alcool ne participe en rien à la vie cellulaire normale : il ne produit point de travail musculaire, et il ne contribue non plus en rien à assurer la température de l'organisme ; les expériences de Mlle Le Breton sont,

à cet égard, méthodiquement conduites et ses résultats démonstratifs. Avec M. Delaville, en étudiant le métabolisme d'alcooliques avant et après l'injection d'alcool, recherches faites d'une façon tout à fait indépendante, nous avons obtenu, au reste, chez l'homme, des résultats entièrement confirmatifs. L'alcool ingéré ne produit ni travail ni chaleur. Il n'économise les réactions métaboliques habituelles que dans la mesure où sa destruction entraîne la production d'un certain nombre de calories.

Voilà, croyons-nous, à peu près, et très brièvement résumé, ce que nous savons de plus précis sur l'oxydation de l'alcool éthylique dans l'organisme et son rôle physiologique. Nous verrons tout à l'heure ce que nous pouvons en retenir pour une explication des accidents subaigus.

II. Rappelons auparavant quelques faits relatifs au cadre de l'alcoolisme où l'accident subaigu se développe. A cet égard, M. Bargues souligne avec raison que les accidents subaigus éclosent toujours sur des habitudes alcooliques anciennes, et, somme toute, sur un fond d'alcoolisme chronique. M. Bargues n'apporte malheureusement pas de renseignement sur la durée de ces habitudes de boisson. Nous ne voyons pas quelle durée d'alcoolisation est nécessaire pour que se constitue l'état d'alcoolisme qui va permettre les accidents subaigus. A quoi on nous répondra que cette durée est éminemment variable selon les individus. Toutefois quelques chiffres seraient agréables, et, si peu significative que soit en général une moyenne, ne serait-il pas possible d'en fixer une, au moins approximative, en l'encadrant d'une durée minima et d'une durée maxima, un peu comme on a fixé à 10 ans après le chancre, en dépit de toutes les variations individuelles, l'éclosion de la paralysie générale. A l'admission de Sainte-Anne la première entrée pour alcoolisme est relativement rare jusque vers 30 ans, et le maximum se trouve, tant chez l'homme que chez la femme, entre 40 et 45 ans. La fréquence des cas va ensuite en diminuant. La diminution des cas après 50 ans semble d'ailleurs indiquer surtout que les individus qui devaient s'alcooliser l'ont fait avant cet âge. Notons toutefois une curieuse reprise de 55 à 60 ans comme s'il y avait, à cette période de la vie, une recrudescence d'habitudes alcooliques chez des sujets jusque-là épargnés. Mais ce que nous voulons ici retenir avant tout, c'est la présence du maximum des premiers

accidents entre 40 et 45 ans, donc assez tard, et probablement après 10 à 15 ans d'alcoolisation (1)

Signalons en passant qu'il y a là un point intéressant pour l'étude de l'alcoolisme sur animaux de laboratoire. Nous ne savons pas qu'on ait jamais procédé à des alcoolisations très prolongées d'animaux, en sorte que les modifications organiques produites par de telles alcoolisations et la provocation expérimentale d'accidents subaigus restent choses, au laboratoire, peu connues et peu étudiées.

Enfin, si l'accident subaigu ne se développe en effet que sur un fond d'alcoolisme chronique, ne pouvait-on dégager, de façon précise, les signes de ce dernier, et si, comme cela ressort du travail de M. Bargues, l'insuffisance hépatique est l'occasion sinon l'origine des accidents subaigus, n'y aurait-il pas lieu d'en tirer une conclusion pratique, qui serait de surveiller les alcooliques par des tests appropriés, dénonciateurs de cette insuffisance, comme Ravaut avait l'habitude de vérifier par des ponctions lombaires régulières l'état du liquide céphalo-rachidien? Disons seulement que la recherche de l'urobiline est probablement un peu insuffisante, et, de toutes façons, il ne faudrait pas conclure de sa présence à de l'alcoolisme du sujet. Mais au dosage de l'urobiline, soit dans le sang, soit dans l'urine, on aurait sans doute avantage à joindre une épreuve de galactosurie alimentaire, une mesure de l'azote résiduel du sérum ou du rapport azoturique.

Deuxième point : les accidents subaigus éclatant sur un fond d'alcoolisme chronique, nous nous trouvons, chose

---

(1) Premiers internements pour alcoolisme. Sur 10.000 habitants :

| | du sexe masculin | du sexe féminin |
|---|---|---|
| de 15 à 19 ans | 0 | 0 |
| de 20 à 24 ans | 0,38 | 0,04 |
| de 25 à 29 ans | 0,83 | 0,19 |
| de 30 à 34 ans | 1,86 | 0,58 |
| de 35 à 39 ans | 2,63 | 0,65 |
| de 40 à 44 ans | 4,10 | 1,47 |
| de 45 à 49 ans | 3,04 | 1,35 |
| de 45 à 54 ans | 1,69 | 0,83 |
| de 55 à 59 ans | 2,44 | 1,20 |
| de 60 à 64 ans | 1,45 | 0,52 |
| de 65 à 69 ans | 1,86 | 0,27 |
| de 70 à 79 ans | 0 | 0,12 |
| de 80 ans et plus | 0 | 0 |

Statistique du Service de l'Admission, Asile Clinique Ste-Anne, Paris, année 1933.

curieuse quant aux conditions de leur dévelppement, en présence de deux opinions entièrement contradictoires :

1° Quelquefois c'est la suppression brusque de toute boisson alcoolique qui est incriminée ; l'accident se déroulerait à jeun d'alcool, si nous pouvons dire, chez un ancien alcoolique, c'est entendu, mais sans l'intervention de nouveaux excès ;

2° D'autres fois, et il nous a semblé que c'était *de beaucoup le cas le plus fréquent,* l'accident subaigu survient au contraire à l'occasion d'excès plus grands que de coutume. Quand on interroge, à l'admission de Ste-Anne, des alcooliques subaigus, sortis de leur confusion, sur l'éclosion de leurs troubles, on retrouve, soit des banquets (fêtes de famille, noces, enterrements), soit des libations successives (fêtes nationales ou fins de semaine), quand l'individu n'est pas venu spécialement à Paris ou à l'Exposition dans le dessein bien arrêté d'une bombe exceptionnelle.

Ainsi, quant aux conditions biologiques de l'accident subaigu, le contraste entre ces deux états : abstention et sevrage, ou, à l'inverse, suralcoolisation, est, en fait, bien troublant.

Parmi les situations dites « *a potu suspenso* », plusieurs sont à distinguer. L'une des plus fréquentes est l'existence d'une affection fébrile, pneumonie par exemple, chez l'alcoolique délirant après hospitalisation où on lui a supprimé toute boisson alcoolique. Si l'on rapproche ces cas du fait que tout état fébrile a tendance à provoquer (fièvre typhoïde par exemple) une confusion onirique à prédominance nocturne, on verra dans l'ampleur des accidents subaigus soit le résultat d'une sensibilisation du système nerveux altéré par l'alcool aux toxines microbiennes (et dont la température, comme il est de règle, a fait en outre tomber plus ou moins la barrière méningée), soit la conséquence d'un amoindrissement du pouvoir de défense imparti au foie.

Une situation plus suspecte des accidents subaigus « *a potu suspenso* » est celle qui résulte d'un choc émotif, et, le plus souvent, d'un traumatisme réel (accident d'auto, fracture, etc.). Elle est plus suspecte parce qu'il est parfois difficile d'apprécier si l'abstention d'alcool est vraiment la cause efficiente : l'accident n'est-il pas survenu chez un individu que des excès récents plaçaient précisément en imminence de crise ? Les premiers soins n'ont-ils pas consisté en vulnéraires thérapeuti-

ques ?... Mais on peut aussi imaginer que choc émotif ou traumatisme amènent la production et la résorption de produits toxiques (polypeptides des états de schok par exemple, et autres produits de destruction des albuminoïdes des cellules mortes), poisons qui interviendraient comme les toxines infectieuses dont nous parlions tout à l'heure.

Restent enfin des cas où la suppression de l'alcool (comme dans certaines observations de M. Titeka) serait seule à incriminer. Malgré leur intérêt ces cas ne font généralement l'objet que de mentions trop sommaires pour emporter la conviction. Ils ne sont certes pas à nier de parti-pris. Peut-être au contraire y a-t-il lieu de les rapprocher de cette opinion courante que le premier verre absorbé le matin diminue le tremblement de l'alcoolique ; et lieu de les rapprocher aussi de l'appétit pour l'alcool, du besoin d'alcool qui entretient l'alcoolique dans son intoxication ou même explique qu'il y ait versé. De toutes façons nous les croyons très exceptionnels, trop exceptionnels pour y chercher la pathogénie des accidents subaigus habituels.

*Dans la suralcoolisation,* l'accident subaigu se présente d'abord quasi comme une variété d'ivresse et la distinction est peu nette. Il ne s'agit point d'une ivresse à dose massive, mais en quelque sorte d'une ivresse entretenue à sa phase d'activité confusionnelle. La pathogénie de l'accident subaigu semble donc plus claire que dans les cas précédents. En réalité elle ne l'est point davantage, parce qu'ainsi que le fait remarquer M. Bargues, l'accident subaigu se prolonge de toutes façons bien au-delà de la présence d'alcool dans l'organisme, ou même n'apparaît que lorsque l'alcoolémie s'avère déjà négative. Or, si dans les cas dont nous parlions tout à l'heure l'insuffisance hépatique d'origine alcoolique paraît une explication, c'est que nous faisions intervenir en outre des poisons d'une autre origine. Alors, dans la suralcoolisation, puisque l'alcool a disparu, quel est donc le facteur qu'il faut rendre responsable ? Car c'est là, en somme, le paradoxe de l'alcoolisme. Dès que l'alcool présente dans l'organisme une concentration déterminée l'ivresse est fatale. Mais à doses faibles et répétées l'alcool entraîne des altérations durables, et l'alcool provoque dans ces conditions des accidents subaigus qui se poursuivent alors même qu'il n'est plus présent.

M. Bargues souligne que les signes d'insuffisance hépatique s'atténuent à mesure que les accidents subaigus disparais-

sent. Préparée par l'alcoolisme chronique l'insuffisance hépatique constatée au cours des accidents subaigus serait donc une insuffisance récente tout au moins quant à son degré, une insuffisance créée en somme par les derniers excès. En modifiant massivement l'état du foie les dernières libations auraient cet effet particulier. Toutefois, nous le répétons, et M. Bargues est de cet avis, l'insuffisance hépatique paraît insuffisante à tout expliquer.

Seule elle n'explique ni la prédominance et le retour nocturne des troubles, crampes ou onirisme, ni la complication si fréquente d'accidents convulsifs, ni l'intensité parfois si surprenante du tremblement, ni les formes graves avec fièvre, qui ont fait donner au délire alcoolique le nom de délirium tremens fébrile, dont les accidents subaigus ne sont qu'une forme atténuée. Et probablement, enfin, l'insuffisance hépatique serait-elle elle-même secondaire. D'autres facteurs doivent intervenir, et, puisque l'alcool est absent, — et, serait-il présent, il ne rendrait pas compte non plus de quelques-uns de ces accidents, son oxydation n'étant aucunement thermogène, — d'autres hypothèses doivent être faites, mais elles doivent être faites, croyons-nous, dans un certain rapport avec lui puisque son rôle paraît primordial. Nous formulerons les deux suivantes :

Pour les accidents subaigus on peut se demander d'abord si à la faveur des lésions de l'appareil digestif, — lésions des muqueuses gastriques et digestives, exagérées aussi par les derniers excès, — des résorptions anormales de substances toxiques ne se font pas à ce niveau.

On peut, d'autre part, faire cette hypothèse, l'alcool ayant disparu, que ce seraient les produits intermédiaires de décomposition de l'alcool, plus lents à éliminer, qui seraient alors responsables des accidents constatés. Selon le travail de Mlle Le Breton l'oxydation de l'alcool n'intervient que dans le métabolisme cellulaire, en se substituant principalement aux glucides. Eh bien, n'altère-t-il pas précisément la vie cellulaire en y amenant, par sa destruction, d'autres produits de désassimilation que ceux qui résulteraient normalement de la combustion des hydrates de carbone qu'il laisse inemployés ?

Comme l'écrit M. Bargues, et c'est surtout ce que nous voudrions retenir de son rapport, l'insuffisance hépatique ne peut être qu'un élément dans un mécanisme complexe. Les condi-

tions biologiques de l'alcoolisme sont à peine amorcées. Et pour nous, le rôle direct de l'alcool sur l'éclosion des accidents subaigus paraît tout de même trop important pour qu'il n'y ait pas lieu de chercher de ce côté le complément d'explications qui paraît nécessaire.

*Réponse de M. le Dr* BARGUES, *rapporteur*

Messieurs, je n'ai pas à répondre aux paroles que viennent de prononcer MM. Hesnard, Marchand et Simon, mais à les remercier d'avoir bien voulu compléter les insuffisances de mon travail par les données de leur expérience. Ma reconnaissance s'adresse particulièrement à M. Marchand, dont la compétence est grande sur la biologie des délires alcooliques, il a inspiré une foule de travaux de valeur : les compliments qu'il m'a exprimés me sont d'autant plus précieux.

M. Hesnard et ses collaborateurs ont trouvé, dans les délires alcooliques aigus de l'hyperpolypeptidémie sans hyperpolypeptidorachie, ce qui est en opposition formelle avec les résultats donnés par Claude, Dublineau, Masquin et Mlle Bonnard (Bibliographie N° 7). Sur cette question particulière, qui me paraît demander de nouvelles recherches, ma documentation est insuffisante pour que je puisse prendre parti.

En ce qui concerne le taux alcoolique, M. Hesnard et moi-même avons des opinions identiques, tout comme pour l'évolution de la courbe urinaire. Il me reproche, certes, de n'avoir pas insisté suffisamment sur le parallélisme de la courbe urinaire et de la courbe délirante : j'ai noté, à la page 10 de mon rapport, cette notion, en faisant même remarquer qu'on la devait à l'école bordelaise dont nous sommes, l'un et l'autre, issus.

Enfin, si je n'ai pas comparé cette courbe à celle d'autres affections, si je me suis montré schématique, si je n'ai pas voulu faire des développements pathogéniques, c'est que j'ai tenu à rester dans le cadre du sujet et des limites matérielles de mon rapport. Je puis assurer M. Hesnard que je juge fort intéressantes les suggestions qu'il vient d'exposer et qui mériteraient, par ailleurs, de nouvelles études.

M. Marchand, que je tiens à remercier encore de ses paroles aimables et de son intervention, nous a exposé les résultats de sa grande expérience sur quelques points particuliers. Ils

sont entièrement d'accord avec ceux que j'ai rapportés. La très intéressante tentative de distinction biologique entre délirium tremens et formes subaiguës retiendra notre attention : le seul élément digne d'être retenu paraît être le dosage d'urée sanguine. Il semble ressortir, des recherches de M. Marchand, que l'hyperazotémie élevée accompagne les formes aiguës, alors qu'elle ne dépasse guère 0 gr. 50 dans les états subaigus.

Je terminerai mon commentaire de l'intervention de M. Marchand en l'assurant que je connais ses remarquables études sur le syndrome de Korsakoff et notamment la revue qu'il publia dans la *Revue neurologique*.

J'ai éliminé de mon rapport toutes les complications d'ordre neurologique et j'ai justifié cette attitude au dernier chapitre : elles sont différentes du point de vue biologique et pathogénique, comme l'ont récemment montré, pour la polynévrite, les récents travaux de Villaret et Justin Besançon (Société médicale des Hôpitaux, 1936).

Enfin, M. Simon vient de nous exposer quelques aspects du métabolisme de l'alcool. La thèse de Mlle Le Breton m'a échappé d'autant moins que mes collaborateurs et moi-même avons surtout porté sur ce point nos recherches expérimentales. Je ne pouvais songer à développer cette question, certes passionnante, mais qui justifierait plusieurs rapports.

Malgré mes tentatives dans ce sens, je n'ai pas pu fixer le temps d'alcoolisation nécessaire à l'éclosion des accidents mentaux. Les statistiques du riche service de M. Simon m'ont, par suite, particulièrement retenu.

Quant aux déductions pathogéniques, malgré la prudence que M. Simon me reproche, nous trouverions aisément un terrain d'entente. Comme lui, je pense que l'insuffisance hépatique n'est pas tout, mais un élément nécessaire. Le dépistage qu'il propose serait donc de nature à éviter un grand nombre de délires alcooliques.

Vous me permettrez, Messieurs, de vous exprimer ma gratitude pour votre bienveillante attention, de renouveler mes remerciements, aux éminents collègues qui ont pris part à la discussion et de me réjouir de l'accord qui a pu se réaliser sur les données que je vous ai présentées. C'est un terrain, certes, limité, mais solide, pour les recherches à venir.

---

DEUXIÈME RAPPORT

---

# RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

# DISCUSSION

---

# LES ATROPHIES CEREBELLEUSES PRIMITIVES

Par Noël Péron
*Médecin des Hôpitaux de Paris*

---

Dans le cadre des affections cérébelleuses progressives, les *atrophies cérébelleuses* constituent le groupe le plus important.

La variabilité des tableaux cliniques, la multiplicité des faits anatomiques observés font, « de ce chapitre, le plus embrouillé de la pathologie cérébelleuse » (André Thomas).

Dans ce rapport, seront envisagées les *atrophies primitives* du cervelet. Elles ont un certain nombre de caractères communs qui permettent de les individualiser cliniquement. Elles répondent à des lésions anatomiques suffisamment comparables pour leur mériter une autonomie certaine.

*Cliniquement,* elles apparaissent comme des affections progressives, lentement évolutives, intéressant également la motricité bilatérale. Leur étiologie, à part de rares exceptions, est impossible à préciser ; elles n'ont pas de caractère héréditaire et familial. Leur progressivité inexorable permet d'envisager, à leur origine, une fragilité spéciale de certains éléments nerveux qui dégénèrent, s'atrophient lentement, subissent une régression progressive en l'absence de toute lésion infectieuse apparente, de toute atteinte vasculaire : ce caractère fatal, évolutif, apparente, dans une certaine mesure, les atrophies primitives aux maladies familiales du système nerveux, à électivité ou non cérébelleuse.

*Etiologiquement,* il faut admettre une fragilité de système qui, à l'inverse des affections familiales, ne paraît pas remonter à une tare fœtale, mais qui apparaît tardivement, sans qu'on puisse incriminer le rôle de la sénilité.

*Anatomiquement,* les atrophies cérébelleuses primitives ont une systématisation réelle, détruisant profondément certaines zones de cervelet, atteignant des voies d'association de façon sévère, respectant complètement des zones voisines : cette systématisation anatomique constitue le fait fondamental des atrophies cérébelleuses. L'anatomie pathologique permet seule une étude précise de ces affections et il paraît impossible d'aboutir à une classification clinique des atrophies primitives sans l'appuyer sur les faits anatomiques.

Ceux-ci d'ailleurs sont assez comparables, dans un certain nombre d'observations, pour permettre de décrire, comme des maladies autonomes, les atrophies cérébelleuses. Une telle classification anatomo-clinique, si elle nous paraît la seule rationnelle, n'est d'ailleurs pas toujours satisfaisante : certains faits ne peuvent s'incorporer dans les descriptions schématiques et il existe des faits de transition : on doit les rattacher plus ou moins arbitrairement aux principaux types observés.

Notre étude portera sur les atrophies primitives non familiales et héréditaires, indépendantes de toute lésion vasculaire : il en existe deux groupes principaux ; celles qui intéressent la corticalité cérébelleuse, *atrophies corticales,* celles qui intéressent, outre la corticalité cérébelleuse, les *formations centro-cérébelleuses,* les *conducteurs cérébelleux* et dont le type est l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

Les limites de notre rapport ne nous permettent pas de signaler toutes les observations publiées, la description de ces affections a été surtout l'œuvre de l'école neurologique française contemporaine. Nous signalerons, à la fin de ce rapport, les principaux mémoires originaux consacrés à ces affections.

Un bref rappel chronologique permettra de préciser comment furent isolées cliniquement et étiologiquement les atrophies cérébelleuses : les atrophies familiales ont été individualisées les premières. Les premiers *travaux de Friedreich* ont été publiés de 1861 à 1863. Un certain nombre d'observations très polymorphes ont ultérieurement concerné des faits d'atrophie, d'agénésie ou de sclérose secondaire. Pierre Marie en 1893 isole « l'*hérédo-ataxie cérébelleuse* ».

L'étude des atrophies primitives isolées a commencé avec le travail d'André Thomas. Les observations 4 et 5 de sa thèse constituent des cas vérifiés d'atrophie cérébelleuse.

Déjerine et André Thomas en 1900 décrivent complètement l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

A partir de cette date, les observations se multiplient, les formes cliniques, sous l'influence d'une sémiologie cérébelleuse fixée par Babinski, par André Thomas, se précisent, les formes anatomiques se multiplient. Lejonne et Lhermitte isolent l'*atrophie olivo-rubro-cérébelleuse.* Claude décrit l'*atrophie tardive du cervelet.*

Les atrophies corticales, lamellaires, sont complètement étudiées par Pierre Marie, Foix et Alajouanine dans leur mémoire de 1922 consacré à l'*atrophie cérébelleuse tardive à prédominance vermienne.* Lhermitte décrit l'astasie-abasie du vieillard d'origine vermienne.

Dans les formes familiales, Gordon-Holmes isole l'atrophie olivo-cérébelleuse, Ramsay-Hunt, la dysynergie cérébelleuse myoclonique, probablement par atteinte du système du noyau dentelé.

Les problèmes de physiopathologie et d'étiologie ont surtout été envisagés dans les travaux récents : des phénomènes hypertoniques au cours des atrophies cérébelleuses sont notés et étudiés par R. Ley, par Georges Guillain, P. Mathieu et I. Bertrand.

Ces recherches s'appuient sur les travaux récents de physiologie cérébelleuse et qui sont synthétisés dans l'article de Bremer du « Traité de Physiologie ».

La forme syphilitique, si intéressante par la lumière qu'elle jette sur la cause de certaines atrophies tardives, est décrite par Guillain et Decourt, et cette forme se différencie nettement des autres manifestations de la syphilis du cervelet, bien connues surtout dans la paralysie générale, et étudiées complètement par Jean Christophe.

Nicolesco, en 1936, a consacré aux atrophies cérébelleuses un important mémoire au Congrès de Neurologie de Bucarest.

Nous envisagerons successivement, pour les atrophies cérébelleuses primitives :

*les formes anatomiques,*
*la sémiologie clinique,*
*l'étude clinique synthétique,*
*les problèmes physio-pathologiques.*

*
**

# ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

## Les atrophies parenchymateuses

(Atrophie lamellaire, atrophies cérébelleuses tardives)

*Macroscopiquement,* les lésions portent uniquement sur le volume du cervelet et sur l'aspect de ses circonvolutions. L'atrophie est très variable : dans le cas d'André Thomas, le cervelet paraissait normal, si l'on tient compte des variations individuelles de l'organe.

En général, le cervelet apparaît *diminué de volume* (La Salle Archambault, Rossi) ; cette diminution peut être globale. Elle peut être élective sur certaines parties de l'organe (Pierre Marie, Foix et Alajouanine) ; le cervelet, vu par en dessous, paraît normal ; vu par en haut, sa face supérieure paraît aplatie : au niveau du vermis, les lamelles apparaissent amincies, comme ratatinées, d'où un aspect plissé très important et qui contraste sur le vermis avec l'atteinte plus discrète des lobes latéraux et l'intégrité des lobes inférieurs.

Il n'existe aucune lésion macroscopique des pédoncules cérébelleux, ni de la protubérance.

*Les lésions microscopiques* intéressent essentiellement la corticalité cérébelleuse et, dans celle-ci surtout, la couche moyenne, celle des cellules de Purkinje. Dans cette forme, il y a intégrité des noyaux dentelés, de la substance blanche cérébelleuse, des pédoncules, on note souvent des lésions plus ou moins discutées de l'olive bulbaire.

Les cellules de Purkinje sont spécialement touchées : elles sont détruites totalement sur une lamelle, alors qu'elles sont à peine lésées sur la lamelle voisine (A. Thomas). Cette disparition des cellules paraît laisser un espace clair : sur les préparations à l'argent, on note que, si le corps cellulaire a disparu, persistent des débris des corbeilles plus ou moins hypertrophiées, d'où un aspect de haie vive (Pierre Marie, Foix et Alajouanine). La prolifération névroglique dans cette zone est variable : en règle générale, aucun feutrage névroglique ne comble la place laissée vide par l'atrophie des cellules de Purkinje.

Les lésions de l'écorce en dehors des cellules de Purkinje sont très variables comme intensité suivant la couche envisagée.

*La zone externe moléculaire* paraît souvent presque normale : à un grossissement important, il y a diminution des fibres et des cellules sans lésions nécrotiques localisées.

*La couche des grains* est habituellement plus atteinte, leur nombre est diminué, ils prennent mal les colorants, ils apparaissent irréguliers, de contours peu nets, groupés parfois en véritables amas. La prolifération névroglique par la méthode de Lhermitte apparaît nette. Par contre, les cylindres-axes issus des cellules de Purkinje et qui traversent la zone des grains, ne peuvent être mis en évidence.

*La substance blanche* des lamelles montre une démyélinisation certaine des lamelles ; la raréfaction des fibres est manifeste. La sclérose névroglique à ce niveau a des caractères particuliers (Pierre Marie, Foix, Alajouanine) ; elle est faite de fines fibrilles suivant l'axe de la lamelle ; elle a une topographie para-vasculaire, formant un feutrage autour des vaisseaux.

*Les noyaux centraux cérébelleux* (noyaux dentelés, du toit, globulus et embolus) sont sensiblement normaux dans leur contour et leur coloration. Au niveau des noyaux dentelés, les fibres internes constitutives du pédoncule cérébelleux supérieur sont nettement colorées, la partie externe où viennent se terminer les cellules de Purkinje est plus pâle. Il en est de même des fibres myéliniques qui abordent la partie postérieure des noyaux du toit et qui correspondent à un contingent d'origine vermienne.

*La substance blanche centrale* du cervelet paraît saine, à part une certaine pâleur observée dans quelques observations.

*Les lésions des vaisseaux* et des *méninges* sont le plus souvent peu caractéristiques: elles ne dépassent pas les altérations habituelles observées chez des sujets âgés : La Salle-Archambault a insisté sur quelques lésions vasculaires ou méningées avec possibilité de petits foyers nécrotiques localisés : inconstantes, elles ne paraissent pas jouer un rôle dans la pathogénie de l'affection (Pierre Marie, Foix, Alajouanine).

Les pédoncules cérébelleux sont normaux dans cette forme, en particulier le pédoncule cérébelleux moyen et les noyaux du pont.

*Au niveau du bulbe,* des *lésions olivaires* ont été notées, variables suivant les observations. L'intégrité des olives est signalée dans les observations de Rossi et André Thomas. Pierre Marie, Foix et Alajouanine observent des lésions olivaires d'autant plus marquées que l'atteinte cérébelleuse est plus importante. Ils notent trois ordres de lésion, l'*atrophie des cellules* olivaires est surtout marquée sur la partie postéro-interne de l'olive. Il s'agit d'une atrophie par ratatinement progressif. Les *fibres olivo-cérébelleuses* sont nettement dégénérées. La *sclérose* névroglique est surtout marquée au pôle postéro-interne : en résumé, atteinte olivaire marquée et prédominante sur la partie postéro-interne de l'organe, cette zone de l'olive correspondant topographiquement à la partie antérieure et supérieure du cervelet (Granger-Stewart et Gordon-Holmes).

Les lésions médullaires sont inconstantes, on a signalé, soit une pâleur des faisceaux latéraux, soit surtout une dégénérescence du faisceau de Goll. Ces faits offrent des points communs avec certaines formes atypiques d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse où les lésions médullaires sont assez fréquentes et importantes (André Thomas, Menzel).

En résumé, dans les atrophies corticales, les lésions des lamelles sont fondamentales et prédominent au niveau des cellules de Purkinje.

Quant à leur topographie, elle peut présenter deux aspects assez différents : l'atteinte lamellaire peut être diffuse et paraîtra intéresser la totalité de l'écorce cérébelleuse. Dans la forme à prédominance vermienne, l'atteinte prédomine sur la zone antéro-supérieure du cervelet intéressant essentiellement le vermis cérébelleux et la partie antéro-interne du lobe quadrilatère : la lésion lamellaire répond grossièrement aux zones phylogénétiquement les plus anciennes du cervelet (paléo-cérébellum), et respectant les lobes latéraux (néocérébellum) (Pierre Marie, Foix et Alajouanine). Nous verrons l'intérêt clinique et physiologique de cette topographie des lésions.

*
**

## Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse

L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, décrite par Déjerine et Thomas, constitue la deuxième grande variété d'atrophie cérébelleuse primitive : suivant les observations, des lésions peuvent être pures, elles peuvent, dans d'autres cas, s'accompagner de lésions accessoires surtout médullaires.

Dans les cas typiques, on trouve groupés trois ordres de lésions : 1° une *atrophie diffuse de l'écorce cérébelleuse,* prédominant en général plus sur les lobes latéraux que sur le vermis ; 2° une *atrophie des noyaux du pont* avec dégénérescence du pédoncule cérébelleux moyen ; 3° une atteinte considérable de l'olive bulbaire et de système olivo-cérébelleux.

En résumé, l'atrophie intéresse l'écorce cérébelleuse d'une part, et le contingent des fibres cérébellipètes d'autre part.

*Atrophie corticale.* Le maximum des lésions prédomine sur le déclive et le tubercule postérieur. Sur les hémisphères, la face inférieure du cervelet est la plus atteinte.

Histologiquement, les lésions sont diffuses et de forte intensité : les cellules de Purkinje, par place, ont disparu, par place, on reconnaît leur corps cellulaire, déformé, ratatiné, prenant mal les colorants. Leurs prolongements protoplasmiques dans la couche moléculaire sont difficiles à colorer (André Thomas).

Il y a diminution des grains et beaucoup sont déformés, les cellules étoilées de la couche moléculaire sont moins abondantes que normalement. La couche médullaire ne contient plus que de très rares fibres myélinisées.

La substance blanche centrale des hémisphères a presque complètement disparu : cette dégénérescence contraste avec l'intégrité des fibres issues du corps restiforme qui sont bien colorées.

Les noyaux dentelés sont parfaitement visibles : leur feutrage intra et extra-ciliaire est parfaitement conservé et les origines des pédoncules cérébelleux supérieurs myélinisés.

*Pédoncules cérébelleux moyens et noyaux du pont.* — Leurs lésions sont très importantes : les fibres transversales du pont sont totalement dégénérées dans leurs trois couches, les noyaux du pont ont totalement disparu, ils peuvent être remplacés par un tissu fibro-névroglique cicatriciel très riche

en noyaux (Guillain, Pierre Mathieu, Bertrand). On a signalé dans la région du pied des lésions périvasculaires très intenses (Ley).

Les fascicules des faisceaux pyramidaux contrastent, par leur intensité, avec la dégénérescence des fibres transversales : ils paraissent un peu plus tassés que normalement. La calotte protubérantielle est souvent diminuée de volume, mais sans lésions particulières.

*Lésions du pédoncule cérébelleux inférieur et du bulbe :* l'atteinte des olives bulbaires est notée dans toutes les observations : la sclérose olivaire intéresse à la fois les cellules et les fibres, il s'agit d'une atrophie simple et non d'une sclérose hypertrophique. Les fibres arciformes internes et externes sont profondément dégénérées. Le hile de l'olive est très décoloré. L'absence de fibres arciformes entraîne la disparition de raphé bulbaire (Guillain, Mathieu, Bertrand).

Le corps restiforme est partiellement dégénéré, surtout dans sa partie interne.

*Moelle :* Dans les formes pures, il n'y a pas de grosses lésions de la moelle, à part une dégénérescence du faisceau spino-olivaire de Hellweg.

Dans de nombreuses observations, existent des lésions médullaires associées : atteintes des faisceaux cérébelleux, lésions pyramidales discrètes, atteinte partielle des faisceaux postérieurs et même des cellules de la corne antérieure.

*Lésions associées* à l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Les formes pures de l'affection décrite par Déjerine et Thomas sont rares et, dans d'assez nombreuses observations, les lésions médullaires associées sont importantes. Menzel, André Thomas, Maas et Scherer, Noica, Nicolesco et Banu ont publié des cas où, à l'atrophie, se surajoutaient des lésions de la moelle : en règle générale, il y a atteinte des cordons postérieurs et, dans le cas de Noica, des lésions surajoutées du cortex cérébral et des noyaux gris centraux : ces faits sont très importants : cliniquement, ils s'apparentent aux atrophies cérébelleuses d'aspect primitif, anatomiquement, on note des lésions surajoutées comme dans les atrophies héréditaires, en particulier comme dans la maladie de Friedreich.

André Thomas et Touche ont signalé dans un cas l'existence surajoutée d'une plaque de sclérose dans le pied du pédoncule ayant tous les caractères de la sclérose en plaques.

Dans certaines formes, surtout associées, on peut noter des altérations du tissu interstitiel : Guillain, Mathieu et Bertrand insistent sur les réactions des vaisseaux, sur l'existence de gaines périvasculaires, pouvant être interprétées comme un processus inflammatoire ; on peut trouver, dans la substance cérébelleuse, un état précriblé. Ces lésions anatomiques notées dans quelques cas permettent anatomiquement d'incriminer le rôle possible de la syphilis qui, nous le verrons par ailleurs, a pu réaliser des observations authentiques d'atrophies cérébelleuses.



## Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse

(Lejonne et Lhermitte)

Ce cas a été complexe au point de vue clinique et au point de vue anatomique.

L'atrophie cérébelleuse corticale est très accentuée, mais il y a intégrité des noyaux du pont et du pédoncule cérébelleux moyen. Par contre, on note une atrophie considérable des noyaux dentelés dont la plupart des cellules sont détruites, les pédoncules cérébelleux supérieurs sont dégénérés. Les noyaux rouges présentent des lésions histologiques discrètes.

Les olives bulbaires sont atteintes avec disparition des cellules, de même que le corps restiforme.

Une lésion pédonculaire accessoire d'ordre vasculaire explique la symptomatologie à type de syndrome de Weber observée chez le malade, mais elle ne serait pas la cause de l'atrophie cérébello-olivaire, ni de la dégénérescence du complexe dentato-rubrique.



## Atrophie olivo-cérébelleuse

Cette atrophie, décrite par Holmes, rentre plutôt dans le cadre des atrophies héréditaires et familiales.

Les lésions prédominent sur la corticalité cérébelleuse, sur la substance blanche tant des lamelles que de l'album cérébelleux, qui est profondément lésé, sur les olives bulbaires.

Noica, Nicolesco et Hornet en ont publié une forme non familiale : ils notent, outre les lésions corticales, centrales et olivaires, une atteinte marquée des noyaux dentelés, mais qui n'entraîne aucune dégénérescence du pédoncule cérébelleux supérieur. L'atteinte corticale a une topographie particulière et prédomine sur le paléo-cérébellum. Le système du pédoncule cérébelleux moyen et des noyaux du pont est intact.

Les lésions sont d'ailleurs d'ordre cellulaire et dégénératif, sans processus inflammatoire (Noica, Nicolesco et Hornet).



## Atrophies cérébelleuses syphilitiques

Dans ce groupe, ne peuvent être envisagées les altérations syphilitiques du cervelet, si fréquemment notées dans la syphilis nerveuse, spécialement en cas de paralysie générale.

Quelques faits d'atrophie cérébelleuse, en apparence primitive, ont pu être rattachés à un processus syphilitique en évolution, reconnu pendant la vie (Guillain et Decourt, Alajouanine et Hornet, Dimitri et Victoria).

Guillain, Bertrand et Decourt, dans leur observation, notent une atrophie marquée du vermis, contrastant avec une intégrité relative des lobes quadrilatères.

Histologiquement, les cellules de Purkinje ont complètement disparu au niveau du culmen, les corbeilles sont conservées, les grains raréflés. Sur d'autres parties de l'écorce, les lésions cellulaires sont beaucoup plus discrètes. En outre, comme lésions focales discrètes, existe un état vermoulu de certaines lamelles cérébelleuses.

L'album central révèle des zones de démyélinisation contrastant avec l'intégrité des noyaux dentelés.

Les olives bulbaires sont atteintes d'une sclérose hypertrophique considérable avec disparition des feutrages intra et extra-ciliaires.

Par contre, il n'y a pas de dégénérescence du pédoncule cérébelleux moyen ; à part quelques minuscules lacunes, les noyaux du pont sont indemnes. Il n'existe nulle part de vascularites signant la nature syphilitique du processus.

La topographie des lésions, surtout corticales et olivaires,

permet d'écarter le diagnostic anatomique d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

Alajouanine et Hornet notent, outre les lésions cortico-cérébelleuses, une atteinte discrète des méninges ; les lésions vasculaires sont intenses, pénétrant plus ou moins profondément dans la corticalité cérébelleuse. Les lésions olivaires sont discrètes, nullement caractéristiques, elles paraissent secondaires à l'atrophie cérébelleuse.

Les auteurs considèrent comme caractéristique l'atteinte inflammatoire méningo-vasculaire, et la prolifération névroglique confirme l'origine syphilitique du processus : la topographie diffuse des lésions à l'ensemble de cortex cérébelleux permet facilement de différencier cette affection de l'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance vermienne.



## Atrophies familiales et héréditaires

Ces formes n'offrent, avec les atrophies primitives, qu'un intérêt de diagnostic. Elles relèvent de troubles morphogénitiques du système nerveux et dépendent d'une vulnérabilité de certaines zones du névraxe, leur pathogénie n'est pas encore connue.

Nous signalons donc pour mémoire les diverses formes d'atrophies héréditaires et familiales :

1° L'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie.

2° La maladie de Friedreich, à l'étude de laquelle Mollaret a consacré récemment un travail considérable.

3° La dyssynergie cérébelleuse myoclonique de Ramsay Hunt.

4° La forme familiale de l'atrophie olivo-cérébelleuse de Gordon-Holmes.

5° Les formes familiales et atypiques de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.



### Atrophies cérébelleuses secondaires et agénésies cérébelleuses

Elles sont consécutives soit à des anomalies du développement (agénésies ou hypoplasies cérébelleuses), soit à des lésions cérébrales acquises : atrophies croisées du cervelet correspondant à une lésion cérébrale ou cortico-pontine. Elles ne peuvent rentrer dans le cadre des atrophies cérébelleuses primitives.

*
**

## ETUDE CLINIQUE. — ETUDE ANALYTIQUE

Un fait capital domine l'histoire clinique des atrophies primitives du cervelet, c'est le caractère lent et progressivement évolutif des accidents ; on le retrouve dans les différentes formes de l'affection.

L'apparition insidieuse des troubles ne permet pas en général de préciser le début de l'affection et souvent les malades ne sont vus qu'après plusieurs mois d'évolution. L'examen systématique révèle alors le caractère franchement cérébelleux du syndrome neurologique. Nous envisagerons d'abord les différents syndromes statiques, kinétiques, toniques.

1° Le syndrome statique : l'astasie-abasie cérébelleuse. — Ce sont en général les troubles bilatéraux de la marche et les difficultés de la station debout qui attirent l'attention ; leur bilatéralité, leur intensité entraînent assez vite une impossibilité de la station debout, les malades sont condamnés à s'aliter.

La démarche est profondément troublée : elle est typiquement cérébelleuse, elle est hésitante, le corps est animé d'oscillations, soit latérales, soit d'avant en arrière pouvant entraîner la chute ; on note une déviation par rapport à l'axe de la marche : le malade festonne, dévie de sa ligne initiale, d'où une attitude ébrieuse. Les jambes sont écartées, le polygone de sustentation élargi. Les pieds quittent difficilement le plan du sol, se soulèvent ensuite exagérément, retombent plus ou moins lourdement. L'ensemble du corps est animé de grandes oscillations.

Au repos, en position verticale, les pieds sont éloignés. L'immobilité est impossible : à un examen attentif, on constate des contractions alternatives incessantes des groupes musculaires agonistes et antagonistes particulièrement nettes au niveau des tendons de la loge antérieure de la jambe. L'occlusion palpébrale modifie peu cette abasie et le signe de Romberg n'est pas constant.

Sur le malade étendu, on peut mettre en évidence aux membres inférieurs les troubles cérébelleux par les épreuves classiques : la dysmétrie est notée et le malade, avec son talon, dépasse le but. L'exécution du mouvement avec sa décomposition en plusieurs temps traduit l'asynergie. Les secousses imprimés aux membres au cours du mouvement sont la signature du tremblement.

Ce syndrome astasique-abasique est constant dans toutes les formes d'atrophie primitive, mais est plus intense dans certaines formes d'atrophie corticale.

2° Le syndrome kinétique. — Il se traduit surtout par les troubles des mouvements volontaires, s'extériorise au niveau des membres supérieurs ; il se caractérise surtout par un syndrome cérébelleux d'action, par du tremblement, par des troubles de l'écriture, de la parole.

Le syndrome cérébelleux kinétique peut être facilement mis en évidence par les diverses épreuves cérébelleuses de Babinski et d'André Thomas. On note de la dysmétrie, de l'asynergie de l'adiado-cocinésie.

Le tremblement intentionnel est plus ou moins marqué : on peut l'extérioriser facilement par l'épreuve du verre à demi rempli d'eau, il a les caractères du tremblement cérébelleux. Dans quelques observations, on a noté un tremblement permanent persistant au repos rappelant le tremblement parkinsonien.

En règle générale, les troubles moteurs sont bilatéraux et symétriques ; ils peuvent cependant être mis plus facilement en évidence au niveau d'un des membres supérieurs.

L'écriture devient rapidement impossible : quand le sujet peut encore tracer quelques lettres, l'écriture est heurtée, les caractères sont irréguliers, les espaces mal différenciés, l'ensemble pratiquement illisible. D'ailleurs, ces troubles sont plus marqués dans les atrophies olivo-ponto-cérébelleuses que

dans la forme tardive d'atrophie vermienne où l'écriture peut rester longtemps normale.

La parole est cérébelleuse, scandée, dysharmonique ; son timbre peut s'atténuer, elle devient sourde, bredouillée, incompréhensible. On ne constate pas de troubles au niveau de la langue et des lèvres.

Les troubles cérébello-labyrinthiques sont souvent notés : vertiges et nystagmus. Les réflexes labyrinthiques, quand ils ont été recherchés, sont souvent diminués.

*L'examen neurologique général* peut, en dehors du syndrome cérébelleux, ne révéler aucun signe net d'atteinte du système moteur.

En général, il n'existe aucune atteinte paralytique et la force segmentaire est bilatéralement conservée. Par contre, on constate très souvent des modifications de réflexes : les réflexes rotuliens peuvent être vifs, ils sont souvent polycynétiques, ils peuvent présenter le caractère pendulaire.

Dans quelques observations, l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs peut s'expliquer par les lésions des cordons postérieurs, sans qu'on puisse incriminer un tabès concomitant.

Le réflexe cutané plantaire est généralement normal et il n'existe pas de signe de Babinski. Mais, dans l'atrophie tardive à prédominance corticale, Pierre Marie, Charles Foix et Alajouanine notent dans la moitié des cas, uni ou bilatéralement, une inversion de réflexe plantaire, sans pouvoir expliquer toujours, par l'examen anatomique, la cause de cette perturbation.

Des troubles mentaux ont été signalés dans certaines atrophies olivo-cérébelleuses (Schultze, Fickler, Schroeder et Kirshbaum, L. van Bogaert et I. Bertrand) : au début, il s'agit d'un état d'asthénie banal suivi, le plus souvent, d'un état dépressif. Après quelques mois d'évolution, un état démentiel s'installe et souvent ces malades ont été dirigés dans des quartiers d'asile. Dans ces formes mentales d'ailleurs, aux lésions cérébelleuses dégénératives peuvent s'associer des petites lésions locales, soit du cervelet, soit du cerveau.

3° LE TONUS ET LES MOUVEMENTS ANORMAUX DANS LES ATROPHIES CÉRÉBELLEUSES. — La question de la tonicité dans les atrophies cérébelleuses a fait l'objet de travaux récents, d'un grand intérêt clinique et physiopathologique.

Jusqu'au travail de R. Ley et au mémoire fondamental de Guillain, Mathieu et Bertrand, l'ensemble des travaux sur les atrophies cérébelleuses insistait en général sur l'hypotonie, l'hypotonie constituant, dans les syndromes cérébelleux, un symptôme majeur que révèlent les épreuves de passivité et le caractère pendulaire des réflexes. Pierre Marie, Foix et Alajouanine notent, dans l'atrophie tardive, de l'hypotonie, du relâchement articulaire, comparable à celui de certains tabétiques. Cependant déjà, dans l'observation initiale de Déjerine et Thomas, les auteurs notèrent, « un facies figé », un regard fixe et étonné. Une observation de Cassirer d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse avait permis de noter une lenteur des mouvements, des troubles de la mastication, de la déglutition.

Les malades de R. Ley, Guillain, P. Mathieu et Bertrand présentaient un faciès figé, immobile, inexpressif, au début de l'affection on notait encore au repos une diminution du tonus, avec les progrès de l'atrophie apparaît l'hypertonie à l'occasion des mouvements volontaires. Cette hypertonie d'action se montre dans le passage en station debout, dans l'épreuve du doigt sur le nez, les oscillations des membres s'exagèrent, la tête, le tronc ; « le malade est parfois secoué en entier. »

Lhermitte et de Massary ont insisté sur le contraste entre l'hypertonie statique qui contraste avec l'hypotonie du décubitus.

Il semble d'ailleurs qu'au début, l'hypertonie prédomine dans les muscles antagonistes.

Plus tard, la contracture est permanente ; le malade est soudé comme un parkinsonien, le tremblement des extrémités est permanent, il prédomine aux doigts au rythme de 150 à 160 oscillations par minute, il y a des mouvements de pronation et de supination.

Un fait très important : ce tremblement d'aspect parkinsonien paraît non inhibé, mais exagéré par le mouvement volontaire, c'est là un caractère différentiel important avec le tremblement classique des états striés.

Vicente Dimitri et Marion Victoria présentent les photographies d'un malade d'aspect typiquement parkinsonien chez lequel l'examen anatomique a révélé une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

Guillain, Bertrand et Thurel signalent des phénomènes pseudo-bulbaires typiques chez une femme de 67 ans, avec rire et pleurer spasmodiques et un certain degré de spasmodicité des membres inférieurs. L'examen anatomique révèle également une atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, sans lésion vasculaire, ni foyers nécrotiques.

En résumé, dans ces observations, il s'agit d'atrophie du type Déjerine-Thomas.

Le *tremblement,* quand on en analyse les caractères, paraît cependant différent du tremblement des syndromes striés, qui est toujours un tremblement de repos. Il paraît s'apparenter au tremblement cérébello strié de Ramsay-Hunt. Dans la description de la dyssynergie cérébelleuse, R Hunt attribue les mouvements involontaires à une lésion du système dentelé, avec atteinte secondaire du pédoncule cérébelleux supérieur. Les examens anatomiques assez rares auraient révélé, d'après Ramsay-Hunt, une atrophie du système dentato-rubrique.

Dans les observations de R. Ley, Guillain, Mathieu et Bertrand, les lésions du cortex cérébelleux, des noyaux pontiques, de l'olive, sont caractéristiques, mais il y a intégrité de système dentelé, ce qui ne serait pas en faveur de la pathogénie invoquée par Ramsay-Hunt.

Une observation de Ludo van Bogaert et Bertrand avec examen anatomique plaiderait cependant en faveur de cette opinion ; une forme hyperspasmodique d'atrophie cérébelleuse tardive avait donné une symptomatologie avec grosse hypertonie contrastant avec un tremblement peu marqué. A l'atrophie corticale se surajoutent anatomiquement des lésions considérables des noyaux dentelés avec dégénérescence des faisceaux endo et exociliaires.

Il semble donc que, si cliniquement le tremblement peut être lié à des lésions au système dentelé, le fait est anatomiquement loin d'être confirmé. L'hypertonie paraît être en rapport avec une atteinte du système cérébelleux : or on sait que, dans certains processus tumoraux ou vasculaires du cervelet, on peut voir des crises hypertoniques paroxystiques décrites par Hughlings Jackson.

Dans ces cas d'atrophie, il s'agit d'une rigidité permanente et l'on peut invoquer la destruction de l'écorce cérébelleuse : elle agirait à titre de centre inhibiteur sur les noyaux dentelés, centre tonique : l'intégrité du système dentelé, contrastant

avec l'atteinte corticale cérébelleuse, pourrait expliquer les phénomènes hypertoniques par libération de ces centres du fait de la dégénérescence cortico-cérébelleuse.



## Etude clinique synthétique et évolution des atrophies primitives

Il peut être aisé de synthétiser l'aspect et l'évolution clinique des atrophies cérébelleuses d'après leur forme anatomique.

*Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse* (Déjerine et Thomas). — Le début est lent et progressif chez des sujets ayant dépassé 50 ans. Le syndrome cérébelleux intéresse d'abord les fonctions locomotrices, prédomine aux membres inférieurs, entravant la station debout et la marche. Au bout de quelques mois d'évolution, les membres supérieurs sont atteints, la symptomatologie cérébelleuse se complète. Il y a de gros troubles de l'écriture. La parole est très touchée. Il existe, au point de vue mental, un état d'asthénie très particulier La démence est fréquemment notée dans les derniers mois.

L'évolution totale de la maladie est de 2 ans à 3 ans en moyenne.

*L'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale* (Pierre Marie, Foix, Alajouanine). — Atrophie lamellaire (André Thomas). Astasie-abasie par atrophie vermienne de vieillard (Lhermitte)

Cette forme clinique est particulièrement individualisée au point de vue clinique par son début très tardif (le plus souvent après 55 ans) et son évolution très lente.

Cliniquement, prédominent les troubles de la statique et de l'équilibre qui sont très prononcés. Le *syndrome cérébelleux statique* est très complet et très pur : la marche devient impossible sans aide, la rétropulsion fréquente. La recherche des signes cérébelleux est surtout positive au niveau des membres inférieurs, il y a au contraire une intégrité relative des membres supérieurs, et les troubles kinétiques au niveau de la main sont à peine marqués, le tremblement est inconstant et son caractère intentionnel n'est, le plus souvent, qu'ébauché.

Un signe négatif de haute valeur est l'absence d'autres manifestations neurologiques à part l'existence possible d'une extension de l'orteil signalée dans quelques cas.

L'évolution se chiffre par 10 à 20 ans et certains malades succombent d'affections intercurrentes souvent 10 à 15 ans après l'apparition des premiers symptômes cérébelleux.

*Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse* (Lejonne et Lhermitte). — Le tableau clinique de leur malade fut complexe : outre les signes cérébelleux, fut noté un syndrome de Weber lié à une lésion vasculaire pédonculaire.

*Atrophie olivo-cérébelleuse non familiale* (Noica, Nicolesco, Hornet). — Le sujet était beaucoup plus jeune et, comme dans l'atrophie vermienne, les troubles de la station étaient prévalents. L'évolution a été très lente Le malade succombe 4 ans plus tard à une tuberculose pulmonaire. Il n'existait, dans ce cas, aucun antécédent héréditaire ou familial.

*Les atrophies cérébelleuses acquises associées.* — Ici, il s'agit de tableaux cliniques complexes où, aux signes cérébelleux, se surajoutent des troubles médullaires : on note dans certains cas de l'abolition des réflexes tendineux (cas de Menzel, André Thomas, de Maas et Scherer) Le malade de Noica, Nicolesco et Banu avait en outre des troubles très marqués de l'expression.

*Les atrophies cérébelleuses progressives syphilitiques* (Guillain et Decourt). — Le tableau clinique était celui d'une atrophie tardive vermienne où prédominait l'astasie-abasie ; les réflexes pupillaires étaient paresseux. Le liquide céphalo-rachidien montrait des modifications humorales très intenses de type syphilitique, hyper-albuminose, réaction cytologique assez forte, réaction de Bordet-Wassermann positive, réaction du benjoin colloïdal positive avec précipitation étendue. Le tableau clinique fut peut modifié par le traitement antisyphilitique ; le syndrome humoral, atténué par le traitement, s'est maintenu pendant près de 3 ans, relativement résistant à une thérapeutique intensive.

Le malade de Vicente Dimitri et Victoria, outre un tableau d'atrophie tardive, présentait un tremblement et de la rigidité du type parkinsonien.

Alajouanine et Hornet insistent également à propos de leur observation personnelle sur le fait que seules les réac-

tions biologiques permettent de porter le diagnostic étiologique de cette forme d'atrophie. Ils constatent également l'échec de traitement antisyphilitique.



## Diagnostic des atrophies cérébelleuses primitives

Le diagnostic des atrophies cérébelleuses est en général difficile : les atrophies cérébelleuses primitives doivent être schématiquement distinguées des autres affections neurologiques à symptomatologie cérébelleuse :

1° Les syndromes cérébelleux par lésions vasculaires.

2° Les tumeurs du cervelet et de la fosse postérieure.

3° Les méningo-cérébellites infectieuses.

4° La sclérose en plaques.

5° Les agénésies cérébelleuses, exceptionnelles.

6° Les atrophies cérébelleuses à type héréditaire et familiales.

En présence de ces différentes affections, les difficultés de diagnostic sont extrêmement variables et il nous est impossible, dans le cadre de ce rapport, d'en reprendre la symptomatologie clinique détaillée ; nous insisterons plus spécialement sur les atrophies héréditaires et familiales qui constituent des syndromes de diagnostic souvent très difficiles.

1° *Les syndromes cérébelleux vasculaires* ont, en général, un début brutal, une évolution régressive, une symptomatologie unilatérale, réalisant le tableau de l'hémiplégie cérébelleuse. Plus délicats sont certains syndromes bilatéraux au cours des états lacunaires des vieillards où les foyers de désintégration siègent dans la protubérance et le cervelet, réalisant des syndromes pseudo-bulbaires à grosse note cérébelleuse.

Guillain, Bertrand et Thurel ont insisté sur les difficultés de diagnostic de tels états avec certaines atrophies primitives avec troubles pseudo-bulbaires.

2° *Les tumeurs de la fosse cérébrale* postérieure peuvent créer des tableaux cliniques assez comparables, soit qu'il s'agisse de tumeurs latérales de l'angle ponto-cérébelleux, soit

des tumeurs médianes complètement étudiées dans le travail de Jean Lereboullet.

L'âge des malades, l'évolution des troubles morbides, les signes de stase et d'hypertension permettent en général la différenciation. Les épreuves manométriques, d'étude récente, constituent également un appoint important pour le diagnostic.

3° *Les méningo-cérébellites infectieuses* se voient surtout au cours de la pathologie de l'enfance, à l'occasion d'une maladie infectieuse à localisation cérébrale. Le début à grand fracas est en général facile à préciser par l'anamnèse. La régression partielle des troubles, la longue période de séquelles à symptomatologie cérébelleuse permettent le diagnostic.

Certaines arachnoïdites de la fosse cérébrale postérieure, dont on connaît la fréquence actuelle, pourraient, à certaines étapes de leur évolution, créer de façon transitoire des syndromes neurologiques assez voisins de celui de l'atrophie cérébelleuse.

4° *La sclérose en plaques à prédominance cérébelleuse* compte à son actif un certain nombre d'erreurs de diagnostic : la fréquence de l'affection a pu, dans certains cas, faire méconnaître une atrophie cérébelleuse : l'évolution par poussées, la prédominance des phénomènes kinétiques sur les phénomènes statiques, l'importance des troubles pyramidaux doivent faire reconnaître la sclérose en plaques. Nous pensons cependant que certaines atrophies cérébelleuses ont pu, du vivant des malades, être rattachées à tort à la sclérose en plaques et, de ce fait, méconnues.

5° *Les agénésies cérébelleuses* sont rares, elles peuvent être partielles ou totales, leur symptomatologie est très imprécise ; il s'agit de jeunes sujets atteints de lésions cérébrales multiples, le plus souvent frappés d'idiotie, chez lesquels les manifestations cérébelleuses sont extrêmement frustes et nullement caractéristiques.

Quant aux atrophies croisées du cervelet, consécutives le plus souvent à des hémiplégies de l'enfance, elles n'ont, malgré leur intérêt anatomique, aucune symptomatologie clinique et sont des découvertes d'examen anatomiques.

6° *Les atrophies familiales et héréditaires.* — Il s'agit d'un vaste groupe pathologique où certains types paraissent individualisés, mais où il est parfois difficile de faire cadrer certains faits cliniques dans les grandes classifications.

*L'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie* est une affection familiale d'apparition relativement tardive, où les troubles de la démarche et de la station debout précèdent l'atteinte ultérieure des membres supérieurs. Il existe souvent des phénomènes sensitifs, des douleurs lancinantes, des troubles oculaires. Les réflexes tendineux sont généralement exagérés.

Nous ne reprendrons pas la description classique de la *maladie de Friedreich :* début très précoce, syndrome moteur très particulier, où se mélangent les symptômes d'ataxie et les symptômes cérébelleux, troubles marqués de la parole, nystagmus. Le syndrome radiculo-coordonnal postérieur est très accusé, les troubles sensitifs profonds sont marqués, les réflexes tendineux abolis. Les déformations et extrémités, sans être pathogéniques, ont une valeur clinique. Enfin, l'atteinte pyramidale est habituelle.

*L'atrophie primitive du système en noyau dentelé* (dyssynergie cérébelleuse myoclonique de Ramsay-Hunt) est également un syndrome familial où les phénomènes cérébelleux à type de tremblement intentionnel sont associés à l'épilepsie myoclaire. Cette association clinique permettrait le diagnostic de ce syndrome rare.

*L'atrophie olivo-cérébelleuse* de Gordon-Holmes a également une symptomatologie purement cérébelleuse, sans son caractère familial, elle est cliniquement impossible à différencier d'une atrophie primitive.

Le diagnostic des atrophies primitives avec les atrophies familiales restera, dans certains cas, impossible, si aucun renseignement héréditaire ne peut être fourni.

Quant au diagnostic différentiel entre les atrophies primitives, en particulier entre les atrophies olivo-ponto-cérébelleuses et les atrophies corticales tardives, il peut se faire par l'analyse méthodique de la symptomatologie et, comme nous l'avons dit plus haut, par l'âge des malades et la rapidité d'évolution de la maladie.



## Atrophies cérébelleuses et physiologie du cervelet

Il paraît incontestable que les cas d'atrophies cérébelleuses primitives constituent de véritables expériences physiologiques par la destruction élective de certaines parties de l'organe. Aucune affection cérébelleuse ne peut, autant que les atrophies, être comparable, qu'il s'agisse de tumeur ou de processus vasculaire. Ces dernières lésions entraînent toujours des phénomènes de voisinage qui, dans une certaine mesure, diminuent la valeur expérimentale de tels faits ; au voisinage de la lésion primitive existent des phénomènes vasculaires, de l'œdème, des hémorragies microscopiques à distance d'un contrôle discutable. Dans l'atrophie cérébelleuse, le processus de destruction se fait sur place, sans troubles surajoutés ; il y a disparition soit des cellules, soit des conducteurs, sans participation méningée et vasculaire. C'est une lente désintégration de système dont il est aisé de fixer les caractères par l'étude cytologique des destructions cellulaires et par l'examen des dégénérescences systématisées qui en dépendent. Aussi peut-on dire, avec Pierre Marie, Foix et Alajouanine, que « ces cas anatomo-cliniques présentent, sur les faits expérimentaux, cet avantage d'être étudiés sur l'homme même et de lui être, par conséquent, directement applicables ».

Nous rappellerons que l'étude du développement du cervelet dans les espèces animales a permis à Edinger et Comolli de diviser le cervelet des mammifères en deux formations différentes : le *palléo-cérébellum,* formation ancienne, commune à tous les mammifères et qui comprend le vermis et les lobes floculaires ; le *néo-cérébellum,* qui comprend les lobes latéraux, très inégalement développé dans la série animale, il correspond, chez les anthropoïdes, à la presque totalité de la partie visible de l'organe.

Physiologiquement, on connaît les résultats de la décérébellation (Luciani, André Thomas, Bremer, Rademaker).

Les expériences de destruction partielle ont confirmé la conception d'Edinger : il existe une *astasie paléo-cérébelleuse* et la fonction de cette zone est essentiellement régulatrice de stato-tonus (Edinger).

Dans le *paléo-cervelet,* on peut distinguer deux zones : une *zone spinale* agissant essentiellement sur la réflectivité pro-

priceptive et réglant le mécanisme de la station verticale, une *zone vestibulaire* en rapport avec les noyaux de Deiters et le faisceau longitudinal postérieur et qui coordonne les réactions ophtalmo-statiques et vestibulaires.

Le *néo-cervelet* a un rôle essentiellement kinétique : sa destruction entraîne des troubles du tonus (hypotonie souvent permanente), de l'asthénie, « des anomalies de temps, des réactions volontaires » (Bremer). De lui dépend, en clinique, l'hypotonie, l'hypermétrie, le tremblement, l'adiadococinésie.

L'étude des atrophies cérébelleuses vient apporter à ces conceptions dualistes de la physiologie cérébelleuse des confirmations ayant la valeur de faits expérimentaux.

L'analyse de la station verticale dans l'atrophie tardive à prédominance vermienne montre l'atteinte élective de la fonction statique : « le vermis serait le cervelet des mouvements automatiques réglant les attitudes et la coordination des membres inférieurs » (Pierre Marie, Foix et Alajouanine). Il serait surtout en rapport avec le contingent des fibres cérébelleuses d'origine médullaire.

Dans les atrophies cérébelleuses intéressant surtout les lobes latéraux, prédominent des troubles en rapport avec le mouvement volontaire : le néo-cervelet serait en rapport avec les voies cérébelleuses descendantes ; il interviendrait essentiellement à l'occasion de la coordination des mouvements volontaires particulièrement sur ceux des membres supérieurs.

Les atrophies cérébelleuses apportent donc des arguments de valeur à la conception dualiste des fonctions cérébelleuses ; mais, tant au point de vue clinique qu'expérimental, on ne peut dissocier complètement les deux rôles fondamentaux statique et kinétique du fonctionnement de l'organe.

Il existe des points de contact fondamentaux entre les deux fonctions et, sur bien des points, la physiologie cérébelleuse se présente une unité certaine : c'est son aboutissant sur le système neuro-musculaire. Le rôle régulateur agit sur deux ordres de fonctions : les unes intéressant surtout la station debout automatique, les autres en rapport avec la motricité volontaire.

Mais il persiste, malgré ces dissociations, une unité d'ensemble qui domine la physiologie cérébelleuse : « c'est une fonction de régulation, par inhibition ou dynamogénie du tonus et des réflexes posturaux de vastes ensembles de muscles associés fonctionnellement » (Bremer).

## PRINCIPAUX TRAVAUX CONSULTES

*(par ordre chronologique)*

MARIE (Pierre). — L'hérédo-ataxie cérébelleuse. *La Semaine Médicale*, 1893.

LONDE (Paul). — L'hérédo-ataxie cérébelleuse. *Thèse Paris*, 1893.

THOMAS (André). — Le cervelet. *Thèse Paris*, 1897.

DÉJERINE et THOMAS. — L'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 4, p. 330.

THOMAS (André). — Atrophie lamellaire des cellules de Purkinge. *Revue neurologique*, 1905, n° 18.

LEJONNE et LHERMITTE. — Atrophie olivo-rubro-cérébelleuse. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1909, p. 603.

CLAUDE (H.). — Atrophie tardive du cervelet et des connexions cérébelleuses. *Revue neurologique*, 1912, t. II, p. 122.

HUNT (Ramsay). — Dystynergie cérébelleuse myoclonique. *Brain*, 1921, p. 490.

MARIE (Pierre), FOIX (Charles) et ALAJOUANINE. — De l'atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale (avec la biographie complète jusqu'en 1922). *Revue neurologique*, juillet et août 1922, p. 849 et 1049.

LHERMITTE. — L'astasie-abasie cérébelleuse par atrophie vermienne du vieillard. *Revue neurologique*, mai 1922, p. 313.

LEY (R.). — Forme atypique d'atrophie cérébelleuse ayant évolué en syndrome rigide. *Journ. de Neurol. et de Psych.*, juin 1924.

GUILLAIN (Georges), MATHIEU (P.) et BERTRAND (I.). — Etude anatomoclinique sur deux cas d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse avec rigidité. *Ann. de Méd.*, nov. 1926, p. 417.

GUILLAIN (Georges) et DECOURT (J.). — Atrophie cérébelleuse progressive d'origine syphilitique. *Progrès médical*, 16 juin 1928, p. 989.

MATHIEU (Pierre) et BERTRAND (Ivan). — Etudes anatomo-cliniques sur les atrophies cérébelleuses. *Revue neurologique*, t. I, mai 1929, p. 721.

THOMAS (André). — Pathologie du cervelet. *Nouveau Traité de Médecine* (chez Masson), fasc. XIX, p. 755.

GUILLAIN (Georges), GARCIN (R.) et BERTRAND (I.). — Sur un syndrome cérébelleux précédé d'un état hypertonique de type parkinsonien. *Revue neurologique*, t. I, mai 1931, p. 565.

LHERMITTE et MASSARY (J. de). — Un cas d'atrophie cérébelleuse progressive. Le phénomène de l'hypertonie statique contrastant avec l'hypotonie de décubitus. *Revue neurologique*, 1932, t. I, p. 509.

Van Bogaert (Ludo) et Bertrand (I.). — Sur une forme hyperspasmodique de l'atrophie cérébelleuse tardive. *Revue neurologique,* t. XI, juillet 1932, p. 55.

Guillain (Georges), Bertrand (I.) et Thurel (R.). — Etude anatomo-clinique d'un cas d'atrophie ponto-cérébelleuse avec symptômes pseudo-bulbaires. *Revue neurologique,* t. XI, juillet 1933, p. 138.

Dimitri et Victoria. — Rigidité parkinsonienne par atrophie cérébelleuse tardive chez un syphilitique. *Encéphale,* 29e année, juin 1934, p. 396.

Bremer. — Physiologie du cervelet. *Traité de Physiologie* (*Masson*) (1935), t. X, fasc. 1, p. 38.

Thorpe. — Dégénérescence familiale du cervelet associée à l'épilepsie. *Brain,* vol. LVIII, t. I, 1935, p. 97.

Hassin et Harris. — Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. *Archives of neurology and Psychiatry,* vol. XXXV, janv. 1936, p. 43.

Alajouanine et Hornet. — Atrophie cérébelleuse syphilitique et syphilis cérébrale. *Revue neurologique,* 1936, t. XI, n° 5, nov. 1936, p. 506.

Nicolesco. — Les atrophies cérébelleuses. *Rapport présenté au Congrès de Bucarest,* oct. 1936.

# DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. le Professeur Minkowski (de Zurich). — Je tiens à m'associer tout d'abord aux éloges que M. Simon vient d'adresser à M. Péron. Dans son beau rapport, il nous a donné une vue d'ensemble très claire et très solidement documentée, aussi bien au point de vue clinique qu'anatomo-pathologique, d'une question ardue et encore peu connue ; il nous a aussi projeté de très belles coupes qui en ont donné un tableau démonstratif.

L'anatomie, la physiologie et la pathologie du cervelet ont été beaucoup étudiées à l'Institut d'Anatomie Cérébrale de Zurich, que j'ai l'honneur de représenter ici. En particulier, le Dr Rodolphe Brun, actuellement Président de la Société Suisse de Neurologie, y a fourni, sur le cervelet, de précieux et nombreux travaux. M. Brun comptait assister lui-même à cette séance et prendre part à la discussion. Malheureusement, il a été empêché de venir ; il m'a chargé de vous en exprimer, Messieurs, son profond regret et de vous transmettre ses saluts confraternels. Dans sa monographie sur les malformations du cervelet (1), Brun a insisté sur l'importance du facteur génétique, non seulement par rapport à l'anatomie et la physiologie, mais aussi à la pathologie du cervelet. Il a fait siennes les vues d'Edinger, d'après lesquelles le vermis et les floccules constituent la partie phylogénétiquement et ontogénétiquement ancienne du cervelet, le paléo-cérébellum, tandis que les hémisphères cérébelleux en sont la partie génétiquement récente. En effet, il y a lieu de retenir que le cervelet des oiseaux est constitué par le vermis et les floccules ; les hémisphères, caractéristiques du cervelet des mammifères, y font encore plus ou moins complètement défaut et n'évoluent que plus tard dans la série animale. Brun a décrit plusieurs cas de malformation congénitale du cervelet dans lesquels

(1) R. Brun. — Zur Kenntnis der Bildungsfehler des Kleinhirns Schweiz. *Arch. für Neur. und Psych.*, Bd. 1,2 und 3, 1917-18.
R. Brun. — Das Kleinhirn. Anatomie, Physiologie und Entwicklungsgeschichte. *Ibidem,* Bd. 16, 17 und 19 und bei Orell Füssli, Zurich, 1927.

une aplasie ou hypoplasie néo-cérébelleuse se trouvait réalisée d'une manière plus ou moins typique. Il a également insisté sur le fait que le néo-cérébellum se trouve souvent plus atteint que le paléo-cérébellum, aussi bien dans des cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie (cas de Vogt et Astwazaturow, de Mingazzini et d'autres), que dans des cas d'atrophie cérébelleuse progressive tardive (surtout d'après Brouwer), ou d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Déjerine et Thomas (d'après Bakker). Dans les coupes de cas d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse projetées par M. Péron, on pouvait aussi voir nettement que l'atrophie y touche surtout les hémisphères cérébelleux et respecte le vermis, les floccules et les noyaux du cervelet.

Cependant, si un pareil facteur d'ordre génétique semble jouer souvent un rôle important dans la localisation et le caractère d'atrophies ou de malformations du cervelet, il y a certainement aussi des cas où celles-ci se répartissent autrement. D'ailleurs, la pathologie nerveuse relève le plus souvent de facteurs multiples et défie toute conception unilatérale. A ce point de vue, un cas très intéressant d'hémiatrophie congénitale du cervelet a été étudié à l'Institut d'Anatomie cérébrale de Zurich et décrit par Mackiewicz (1). Il s'y agissait d'une femme morte à l'âge de 61 ans de tuberculose des poumons. A l'autopsie, on eut la surprise de constater que toute la moitié gauche du cervelet, aussi bien l'hémisphère gauche que la moitié gauche du vermis et les noyaux cérébelleux gauches, c'est-à-dire paléo- et néo-cérébellum d'un côté, faisaient presque complètement défaut. A leur place, il n'y avait plus qu'un *processus cerebellaris* arrêté à un stade précoce du développement embryonnaire, un petit floccule, quelques vestiges du voile médullaire postérieur et un noyau du toit rudimentaire. Les pédoncules cérébelleux gauches, l'olive droite et la moitié droite de la substance grise de la protubérance manquaient également presque complètement. Détail intéressant : le plexus choroïde du 4e ventricule, normal à droite, était également très hypoplasique à gauche, où il présentait seulement quelques villosités relativement normales près du flocule et, pour le reste, était remplacé par une simple bande d'épendyme. On

---

(1) St. Mackiewicz. — Ueber einen Fall von halbseitiger Aplasie des Kleinhirns. Schweiz. *Arch. f. Neur. und Psych.*, Bd. 36, 1925.

peut se demander si l'hypoplasie du plexus choroïde était à la base de l'hémiatrophie du cervelet, comme cela correspondrait aux vues de Monakow sur le rôle morphogène des plexus choroïdes, ou si l'hypoplasie du plexus d'un côté, du cervelet de l'autre, ne reposait pas sur l'action commune d'un facteur nocif sur les tissus embryonnaires qui auraient dû les engendrer, l'un et l'autre. Autre question intéressante : la malade n'avait présenté, de son vivant, que des troubles cérébelleux relativement discrets : elle avait une démarche incertaine avec tendance à tomber du côté gauche, ses mouvements étaient lents et maladroits, la moitié gauche du corps plus raide que la droite. C'est d'ailleurs ce que l'on voit souvent dans des cas d'aplasie congénitale, même totale, du cervelet.

Un mot encore sur la pathologie de l'olive bulbaire, dont les altérations sont notamment très prononcées aussi bien dans l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse que dans l'atrophie olivo-cérébelleuse de Gordon Holmes et l'atrophie olivo-rubro-cérébelleuse décrite par Lejonne et Lhermitte. C'est en général une formation très fragile qui se trouve plus ou moins atteinte dans des affections diverses. Différents auteurs y avaient constaté des altérations dans les états séniles et parkinsoniens, dans la myoclonie-épilepsie, Braunmühl, plus récemment, dans différentes maladies infectieuses telles que la septicémie, l'encéphalite épidémique, la méningite tuberculeuse, la fièvre typhoïde, dans la schizophrénie, le délire alcoolique aigu. *Personnellement,* j'ai décrit, dans l'olive bulbaire, une atrophie pigmento-graisseuse progressive et une disparition partielle des cellules ganglionnaires, avec prolifération modérée de la névroglie, dans l'épilepsie essentielle chronique (1). Environ trois quarts des cas présentaient des altérations de cet ordre ; par contre, il n'y en avait pas dans plusieurs cas d'épilepsie traumatique avec des foyers étendus. Les parties latérales, dorsales et orales de l'olive, qui constituent sa portion phylogénétiquement jeune, néo-olivaire, en rapport avec le néo-cérébellum (Brun, Brouwer, Demole) sont habituellement plus atteintes que les parties ventro-médianes et dorso-média-

---

(1) Minkowski. — Neuer Beitrag zur pathologischen Anatomie der Epilepsie *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk,* Bd. 116, 1930.
M. Minkowski. — Pathologische Anatomie der Epilepsie. *Schweiz. Arch. für Neur. und Psych.,* Bd. 25, 1930 und Bd. 37, 1936.
M. Minkowski. — L'anatomie pathologique de l'épilepsie. *Rev. Neur.,* 1935, n° 4.

nes et que les deux parolives, qui représentent le système paléo-olivaire, en rapport avec le paléo-cérébellum. Cependant, l'inverse se rencontre aussi quelquefois ; en général, toute partie de l'olive peut être atteinte. Régulièrement, lorsqu'une olive est atteinte, l'autre l'est également, mais avec une localisation plus ou moins différente du processus dégénératif. Là encore, si un facteur génétique entre souvent en jeu, il ne le fait pas seul, mais à côté ou en concurrence avec d'autres facteurs, endo et exogènes, constitutionnels, vasculaires, etc...

Pour terminer, M. Minkowski projette des diapositifs de coupes microscopiques du cervelet et du tronc du cerveau, en particulier du cas d'hémiatrophie congénitale du cervelet décrit par Mackiewicz et de cas d'épilepsie essentielle avec des dégénérations partielles des olives bulbaires. Il projette enfin un dessin du peintre français Eugène Guérard, de Nancy, qui, il y a juste 100 ans, avait entrepris un voyage en Suisse et fixa ses impressions dans un journal et de nombreux dessins Celui qui est projeté représente une société de voyage en costumes de l'époque sur un bateau, sans doute sur un des lacs suisses. C'est le Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Zurich, M. le Professeur Löeffler, qui fit faire ce diapositif, estimant qu'il pourrait intéresser les membres du Congrès.

M. le D^r^ R. Garcin (de Paris). — Je félicite mon ami Noël Péron de son rapport remarquable où sont exposés avec tant de clarté les faits relatifs au problème si difficile des atrophies cérébelleuses primitives. Je désirerais verser aux débats quelques remarques d'ordre clinique. Je pense que ces atrophies sont plus fréquentes qu'on ne le supposerait à la lecture des cas jusqu'ici publiés. Trop souvent si lè sujet n'a pas été examiné par un neurologiste, le diagnostic de sclérose en plaques est porté devant un syndrome cérébelleux atypique et c'est sous ce diagnostic erroné que la maladie est classée sans susciter davantage d'intérêt. De même à un âge avancé le diagnostic de cérébrosclérose, d'état lacunaire ou pseudobulbaire est souvent porté à tort et cela d'autant plus aisément qu'il existe chez certains pseudo-bulbaires une note cérébelleuse très nette comme Péron l'a fort bien rappelé.

Au point de vue clinique, ce qui domine la classification actuelle des atrophies cérébelleuses primitives c'est, à n'en pas douter, le contraste entre la pureté presque exclusive des

troubles de la station et de la marche dans l'atrophie corticale à prédominance vermienne et l'atteinte au contraire marquée des troubles de la coordination volontaire des membres dans l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. Ces faits d'observation rejoignent bien les résultats d'Edinger quant au développement du cervelet. Le paléo-cerebellum (vermis) est le cervelet postural préposé à la statique alors que le néo-cérébellum (hémisphères), cervelet volontaire, semble intervenir davantage dans la coordination kinétique, comme Ramsay Hunt, Pierre-Marie, Foix et Alajouanine y ont insisté.

En ce qui concerne les troubles du tonus au cours des affections cérébelleuses, si remarquablement étudiés par Bremer, Rademaker, dans leurs travaux expérimentaux, Péron a justement insisté sur l'existence d'hypertonie dans certains cas. Faits d'autant plus intéressants que l'hypotonie est la règle dans la séméiologie cérébelleuse. MM. Ley, Guillain, Mathieu et Bertrand ont montré la présence de l'hypertonie dans certaines atrophies cérébelleuses. Nous-même, avec MM. Guillain et Bertrand (1) avons observé un état hypertonique de type parkinsonien comme prélude d'un syndrome cérébelleux au cours d'une atrophie corticale pure du cervelet. L'hypertonie diminua mais survécut à l'apparition du syndrome cérébelleux.

Non moins intéressant est le contraste, signalé par Lhermitte, qui existe parfois chez le cérébelleux entre l'hypertonie statique et l'hypotonie de décubitus. Ce contraste est habituel également chez certains pseudo-bulbaires. Nous avons montré avec Rademaker (2) qu'il est dû en partie à l'exagération des *réactions de soutien* chez ceux-ci et qu'on peut les extérioriser dans le décubitus. En effet, chez un pareil sujet couché, alors que la flexion plantaire du pied permet la mobilisation souple et aisée des différents segments du membre inférieur, la flexion dorsale du pied, par pression forte, progressive et soutenue sur la plante, déclenche une contraction réflexe du quadriceps et une hypertonie globale du membre inférieur qui s'oppose à la mobilisation passive de la jambe sur la cuisse. Ce phénomène, qui n'est autre que l'exagération de la réaction de soutien décrite par Rademaker chez l'animal et

---

(1) *Revue Neurologique*, tome I, 1931, p. 565.
(2) *Revue Neurologique*, t. I, 1933, p. 384.

qui peut se démontrer ainsi dans le décubitus, explique peut-être ce qui se passe dans la station et la locomotion, la contre-pression du sol sur la plante produisant ce qu'au lit les manœuvres précitées nous apprennent à reconnaître.

Chez le sujet atteint d'atrophie cérébelleuse, nous avons pu, dans deux cas, mettre en évidence dans le décubitus cette exagération des réactions de soutien. Mais lors même qu'elle ne peut être extériorisée dans le décubitus — nous avons supposé avec Rademaker dans ces cas un facteur d'inhibition parti des muscles du dos — l'étude de la station debout montre la réalité de l'hypertonie chez certains cérébelleux. En effet, comme Rademaker et nous, l'avons observé chez pareil sujet, si l'on vient à donner avec le bord cubital de la main un coup léger et brusque sur le creux poplité, on n'observe pas le fléchissement subit de la jambe sur la cuisse qui survient dans ces conditions chez le sujet normal — et ceci s'observe chez un sujet prenant point d'appui avec ses deux mains sur une table de chaque côté de lui, c'est-à-dire libéré de tout souci d'équilibre. On a pu croire en effet que l'hypertonie était secondaire au déficit d'équilibre, mais, comme nous venons de le dire, l'hypertonie est évoquée dans la station debout en dehors de toute préoccupation d'équilibre. De plus quelle que soit la force mise en jeu au niveau du bassin pour tenter de provoquer l'effondrement du malade, il est impossible de faire fléchir ses membres inférieurs dont la rigidité s'accroît en proportion de l'effort fourni.

Telles sont les quelques remarques cliniques que nous voulions ajouter à l'étude séméiologique de l'hypertonie telle que nous l'avons observée avec Rademaker dans certaines atrophies cérébelleuses. Elles nous ont paru mériter d'être versées aux débats ouverts par le remarquable rapport de notre ami Noël Péron.

TROISIÈME RAPPORT

---

# RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

ET

# DISCUSSION

---

# LES RÈGLES A OBSERVER DU POINT DE VUE NEURO-PSYCHIATRIQUE DANS L'INCORPORATION DES RECRUES

Par le Médecin Commandant Bernard Pommé

---

Le recrutement de l'Armée s'effectue soit par l'appel des hommes d'une classe déterminée (contingent annuel), soit par l'engagement volontaire. L'appel du contingent permet de réaliser une instruction militaire aussi rapide et aussi parfaite que possible des jeunes soldats en vue de leur utilisation en temps de guerre.

L'engagement volontaire est à l'origine du recrutement des militaires de carrière : il est appelé à fournir les cadres de l'armée.

Ce travail ne concernera que l'armée métropolitaine. L'armée de mer et l'armée coloniale sont représentées ici par d'éminents délégués dont l'opinion et l'expérience nous seront précieuses. De plus, il ne sera question que des recrues de France destinées aux régiments répartis sur le territoire métropolitain : le choix de la plus vieille de nos capitales nord-africaines comme siège du prochain Congrès sera une indication, sans aucun doute, pour l'étude du recrutement des corps indigènes et des unités à organisation très particulière (Bataillons d'infanterie légère, Légion étrangère). L'ambiance de l'Est que nous sentons si vivement à Nancy évoque le sol-

dat bleu horizon de la dernière guerre : c'est son cadet qui nous occupera aujourd'hui. Il aurait fallu enfin un assez long développement pour exposer, du point de vue qui nous occupe, les problèmes que pose le choix du personnel navigant de l'armée de l'air : l'ampleur du sujet nous obligera à préciser en temps utile les grandes lignes des méthodes actuellement en vigueur.

*
**

A la base du recrutement, il y a la sélection. Elle a été de tout temps l'une des préoccupations essentielles du commandement désireux de maintenir et si possible d'augmenter la valeur « combative » de la troupe. Mais entre l'armée moderne qui utilise aujourd'hui toutes les ressources d'un pays et celle d'autrefois dont les exploits les plus retentissants et les plus lourds de conséquences politiques ont été accomplis par quelques divisions, il n'existe plus de commune mesure. La conception totalitaire de la guerre a pour corollaire la mobilisation d'une grande partie de la population en vue de l'entretien d'une armée aussi nombreuse et aussi bien outillée que possible. Or, l'armée, principal facteur d'action en temps de guerre, est constituée dès le temps de paix par des réserves instruites et un contingent de recrues renouvelé partiellement tous les ans, précisément en vue de l'instruction militaire.

En d'autres termes, une recrue doit être capable de recevoir avec fruit, dans un délai déterminé, une instruction minima permettant son utilisation en temps de guerre. Et cette règle qui s'inspire directement de la « loi du nombre » est d'autant plus impérieuse dans notre pays que le contingent français risque de s'amenuiser pour des raisons connues de tous.

Le terme d'instruction minima implique celui d'échelle de possibilités et partant de rendement allant jusqu'à la limite inférieure. Il n'existe aucune contradiction réelle entre cette notion et celle de spécialisation, qui est avec le « nombre » l'une des deux caractéristiques essentielles de l'armée actuelle : il est possible en effet d'effectuer une répartition judicieuse des jeunes soldats choisis dans leur ensemble d'après l'absence de maladies ou le peu d'importance en milieu armée de leurs défectuosités physiques ou psychiques.

Le rôle du service de santé dans le choix des recrues est

ainsi tout tracé, et tout tracé est également le plan de notre travail. De quoi s'agit-il en effet ? D'appliquer nos connaissances neurologiques et psychiatriques à l'objet ci-dessus défini : la sélection par aptitude minima des jeunes recrues de France destinées à notre armée métropolitaine.

Mais la réalisation d'un pareil programme ne vise, nous l'avons vu, que la partie négative ou plus expressément quantitative de ce triage. La complexité de l'équipement de l'armée moderne appelle une répartition des recrues suivant leurs possibilités de rendement ; un aperçu sur l'organisation de cette répartition et sur son intérêt actuel terminera ce rapport.

La division générale sera la suivante : elle entraînera un développement inégal des deux parties traitées, au profit de la première.

I. — *Les règles neuro-psychiatriques d'élimination des indésirables.*

II. — *Les méthodes de répartition du contingent.*



## I. LES REGLES D'ELIMINATION DU POINT DE VUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

C'est la perspective du temps de guerre qui domine tout le problème. Puisqu'il faut le nombre et puisqu'il faut un certain choix, la sélection par aptitude minima portera non plus exclusivement sur la robustesse mais bien sur le potentiel neuro-psychique du conscrit, indispensable à son instruction en vue du combat.

La période d'instruction du temps de paix est à court terme et il importe que les éliminations soient précisées le plus tôt possible pour ne pas alourdir une troupe par des sujets à rendement insuffisant ou altérer sa qualité par le séjour trop prolongé d'éléments nocifs. Il est donc nécessaire de préciser pour les principales affections ou anomalies neuro-psychiatriques que nous allons maintenant envisager, à quels stades successifs des opérations de recrutement peuvent jouer ces éliminations chez le jeune appelé du contingent et chez l'engagé volontaire.

* * *

## A) Recrues du contingent annuel

Le *conseil de révision* est, en date, le premier instrument de sélection. Bien que sa composition soit assez discutable du point de vue qui nous occupe (préfet, conseiller général et d'arrondissement, officier général ou supérieur), l' « assistance » de deux médecins militaires et du commandant de recrutement de la subdivision intéressée lui donne sa véritable signification. Malgré les écueils de l'examen médical pratiqué à la fois en série et obligatoirement en présence d'une assemblée fort nombreuse et, elle, non obligatoirement attentive, l'élimination des jeunes gens présentant des manifestations importantes d'affections neurologiques est de règle et les omissions sont exceptionnelles.

Nous ne ferons que signaler ici les syndromes se traduisant par des signes objectifs évidents et une impotence fonctionnelle manifeste (hémiplégie infantile, maladie de Heine-Médin avec grosse amyotrophie, myopathies), les séquelles importantes des traumatismes craniens, les grosses atteintes neuro-psychiques (crétinisme, imbécillité).

Ces jeunes gens sont déclarés « exemptés » d'après l'article 20 de la loi sur le recrutement.

L'appréciation des formes plus discrètes échappe évidemment à cet examen.

Parmi les certificats médicaux qui affluent au cours de la séance, il en est de vraiment explicites et qui signalent des affections assez frustes mais d'un gros intérêt : leur « étude approfondie » recommandée par les instructions ministérielles n'est pas possible, et la discussion de lésion fixée ou de lésion évolutive ne peut même pas être ébauchée.

C'est pourquoi, sans bouleverser une vieille organisation de recrutement qui, malgré des lacunes évidentes, avait l'appréciable avantage d'exister, on a cherché à améliorer les possibilités d'examen médical.

En effet « indépendamment du conseil de révision quant aux locaux et opérant le même jour que lui, une *commission médicale* composée de trois médecins, dont un médecin de réserve ne résidant pas dans l'arrondissement... tout en laissant au conseil de révision la plénitude de ses prérogatives de décision, cherche à éviter dans toute la mesure du possible que des jeunes gens inaptes temporairement ou définitive-

ment soient envoyés dans des corps d'où ils seront éliminés peu après par les commissions de réforme » (Instruction ministérielle du 4 décembre 1935).

C'est devant cette commission que les cas litigieux sont envoyés par le conseil avant décision, c'est à elle que peuvent s'adresser directement les jeunes appelés atteints d'affections constatées et traitées par leurs médecins.

Le rôle de cette organisation médicale du point de vue neuro-psychiatrique ce n'est pas tant de résoudre définitivement les problèmes litigieux ou d'ajourner leur examen jusqu'à l'année suivante, que de poser la question sur son vrai terrain : en effet, les sujets, assez nombreux, sur lesquels l'attention a été attirée, soit par l'examen lui-même, soit par les certificats présentés, sont adressés avec leurs dossiers à l'hôpital militaire « le plus proche du domicile des intéressés et possédant toutes les ressources techniques nécessaires ». Ces jeunes gens, déclarés « *bons en observation* », rejoignent l'hôpital pour lequel ils sont désignés en même temps que les appelés de leur classe rejoignent leur corps.

Nous voici donc à l'*hôpital* dans de bien meilleures conditions d'examen. Mais le temps dévolu doit être bref au moins selon la lettre des instructions. « Les expertises doivent être conduites avec toute la diligence possible et elles doivent aboutir, dans le moindre délai, soit à une présentation de l'intéressé devant une commission de réforme, soit à son envoi à son corps d'affectation. » Cependant, en matière de neurologie et de psychiatrie, une excellente règle est de ne pas se hâter par principe.

Lorsque la *séméiologie neurologique objective* permet un diagnostic, le problème est facile à résoudre : l'identification éventuelle d'un syndrome d'atteinte multiloculaire du névraxe entraîne aussitôt une décision d'élimination de caractère définitif.

De même, lorsque le *comportement psychique a été marqué par des faits importants médicalement constatés* ou à retentissement social manifeste (séjours en asile, en maison de santé, fugues, tentatives de suicide), le séjour du bon en observation à l'hôpital ne saurait être prolongé : l'élimination de l'armée du temps de paix s'impose comme une règle absolue. Sur ce point, l'accord est fait, étayé de nombreuses observations : je rappellerai, parmi ces dernières, celles qui illustrent l'ouvrage si complet de mon éminent prédécesseur au Val-de-

Grâce, le Médecin-Colonel Friboug-Blanc, écrit en collaboration avec le Médecin-Lieutenant-Colonel Gauthier.

Lorsqu'il s'agit de constater des manifestations paroxystiques et de les identifier, la mise en observation doit être longue. Je ne prendrai qu'un exemple, non parce qu'il est d'ordre à la fois neurologique et psychiatrique, mais bien parce qu'il réalise l'un des motifs les plus fréquents d'envoi à l'hôpital par la commission médicale et le conseil de révision : je veux parler de la *comitialité.*

On pourrait croire que la tâche du médecin d'hôpital est très facilitée chez le « bon en observation » par un dossier médical riche en précisions sur les commémoratifs. Mais, dans beaucoup trop de cas, les attestations médicales antérieures au conseil de révision signalent l'existence de crises épileptiformes, terme ambigu qui implique chez l'auteur du certificat au moins une hésitation d'esprit. Par ailleurs, lorsque la mention « possibilité de crises comitiales » figure seule sur la fiche individuelle remplie par la commission médicale et destinée au médecin d'hôpital qui reçoit le bon observation, il ne faudra pas trop attendre des résultats d'une enquête de gendarmerie. Dans les grandes villes, celle-ci n'aboutit guère qu'à des impressions assez vagues. Dans les petits bourgs ou les campagnes, il arrive que la prudence du paysan et du petit bourgeois soit renforcée par la visite de la maréchaussée. Lorsqu'il s'agit d'une famille estimée ou influente, la circonspection professionnelle de l'enquêteur peut s'ajouter par ailleurs à celle de l'ambiance villageoise. Ces résultats sont donc imprécis quant à l'existence même de « crises nerveuses » ; ils sont sans valeur quant à leur nature.

La meilleure façon de préciser le diagnostic est la mise en observation. Mais alors, de deux choses l'une : ou les crises sont fréquentes, l'état interparoxystique important et l'élimination indispensable suivra, ou les crises sont irrégulièrement espacées, l'instabilité, l'impulsivité non manifestes, et la mise en observation risque de se prolonger pendant plusieurs mois. On peut admettre qu'un délai de 4 à 5 semaines est suffisant pour résoudre ce que nous appellerons le problème d'urgence. Si aucun fait pathologique n'est constaté pendant ce temps et si les commémoratifs ne sont pas assez précis, le sujet est envoyé à son unité et fait l'objet d'une particulière surveillance (surtout dans certaines circonstances : marches prolongées, etc...) jusqu'au jour où peut intervenir la cons-

tatation médicale d'un accident authentique. S'il s'agit de cavaliers ou de soldats appartenant à certaines unités motorisées (autos mitrailleuses et chars d'assaut, par exemple), l'hôpital obtient du recrutement par l'intermédiaire d'une commission de réforme, un changement d'affectation. De toute manière, le dossier médical hospitalier est adressé au médecin du régiment qui va recevoir le « bon en observation soumis à l'épreuve du corps » avant qu'il ne soit statué définitivement sur son aptitude au cours de la période d'incorporation.

*
**

Le triage effectué par le conseil de révision, la commission médicale et leur prolongement hospitalier est maintenant terminé. Les jeunes appelés déclarés « bons pour le service » sont arrivés dans leurs corps respectifs : pendant leur incorporation, les médecins régimentaires ont l'occasion de les examiner de nouveau avec moins de hâte que leurs prédécesseurs, au cours d'expertises aussi complètes que possible. Des médecins spécialisés, auxquels il est fait très largement appel, participent à cette *visite* dite *d'incorporation* et, pour chaque recrue, un registre général et un dossier individuel, appelé livret médical, réunit toutes les observations. De plus, chaque soldat est revu à plusieurs reprises au cours de la mise en œuvre des mesures de prophylaxie collective : vaccination jennérienne, vaccinations antityphoïdique, antidiphtérique et antitétanique, radioscopie systématique, pesées mensuelles.

Cependant, jusqu'à ces toutes dernières années, cette période fixée à dix semaines était véritablement encombrée par des préoccupations médico-légales injustifiées. Comme nous l'écrivions en 1935 dans le *Journal de Médecine de Lyon,* le Professeur agrégé Mazel, R. Péchoux et moi, l'application de la notion de *présomption d'origine à l'armée du temps de paix* était une libéralité par trop généreuse d'une loi (31 mars 1919), fondée sur le droit à la réparation de l'invalidité de guerre. « Initialement, le législateur a appliqué une idée générale qui comportait, au moment de l'élaboration des textes, une forte charge affective. Le caractère passionnel n'a pas permis, selon la règle, de prévoir les conséquences pratiques d'engagements pris dans l'allégresse. Ne pouvant discriminer, dans ces conditions, la loi vint appliquer, sans retard et en bloc, ses

principes généraux dans la réalité quotidienne... Progressivement colorée par une ambiance nouvelle, l'idée générale s'est révélée fausse et dangereuse en beaucoup de ses éléments. » La loi du 28 février 1933, loi de finances, a marqué, dans son article 72, le retour aux principes de droit commun, par la *suppression de la présomption* d'origine pour les militaires appelés ou engagés. « Ils ne pourront obtenir de pension d'invalidité qu'à charge pour eux de faire la preuve, par tous les moyens, de l'imputabilité au service. »

Aujourd'hui donc, en toute sécurité d'esprit, les médecins de l'armée orientent leurs efforts, en accord avec le commandement, uniquement vers l'application des moyens destinés à assurer l'instruction militaire dans les meilleures conditions.

Le dépistage continue donc. Les examens soigneux mettront sur la voie de diagnostics chirurgicaux, pulmonaires, cardiaques, rénaux. Mais pour les affections neurologiques latentes et les états psychiques anormaux ou appelant une discussion quant à l'aptitude, *c'est le nouveau milieu qui fournira,* au médecin attentif, non pressé par le « délai médico-légal d'incorporation » et, pour tout dire, en bon équilibre d'esprit, *une observation* préparée dans ses grandes lignes et bien souvent instructive par ses détails : l'uniforme aura servi de révélateur.



Il est donc indispensable de dire quelques mots du *milieu armée* vu sous l'incidence du *corps de troupe.*

L'activité du soldat s'exerce dans deux cadres distincts : la cour de la caserne et le champ de manœuvres d'une part, la chambrée et le milieu urbain de l'autre.

*a*) Du point de vue psychologique, la *vie professionnelle de la recrue* comporte un élément de nouveauté qui n'est pas fait pour lui déplaire et les soucis, les préoccupations de l'existence antérieure sont temporairement à peu près effacés. Mais les impressions premières ne sont pas toutes favorables : la discipline en particulier semble d'une rigidité telle que toute défaillance paraît appeler une sanction appliquée sans délai et sans recours possible. Très vite cependant, pour les sujets intelligents et « toniques », une compréhension exacte des réalités permet l'adaptation, puis l'aisance. Et deux nouveaux facteurs vont accentuer cette impression de vie

spéciale, mais assurément facile. C'est le réveil de la valeur individuelle par l'intérêt que développe progressivement l'instruction militaire : c'est aussi le plaisir qu'entraîne, chez ce jeune homme à peine sorti de l'adolescence, une activité fictive se déroulant en partie sur le plan imaginatif (exercices combinés à l'extérieur, écoles à feu dans les camps et, plus tard, grandes manœuvres). J'ajoute que, dans tout ce domaine, l'influence de l'officier est considérable : c'est à lui qu'est redevable, pour une large part, l'excellence professionnelle du soldat français.

*b*) *La vie sociale* proprement dite comporte plus de difficultés qu'on ne l'imagine d'habitude : elle se déroule dans la chambrée, le réfectoire, les salles de garde, les écuries, d'une part, et de l'autre, dans la ville de garnison pendant les heures de liberté. Elle est soumise à plusieurs facteurs qui tous ne sont pas favorables : l'action directe des sous-officiers et gradés, les interactions des hommes entre eux, l'influence des contacts avec la vie citadine.

De ce dernier facteur, nous ne retiendrons que les possibilités d'éthylisme, favorisant les impulsions, la libération des instincts pervers qu'il est susceptible de réaliser, l'exploitation aussi, pour des fins contraires à l'intérêt de la discipline, de la suggestibilité des débiles et de la déviation du jugement des paranoïaques.

Le rôle des sous-officiers dans l'organisation des « détails » de la vie quotidienne est assez difficile et souvent ingrat. C'est à bien des égards un test, et de qualité, de la valeur de celui qui l'exerce et de ses aptitudes à progresser dans la hiérarchie. C'est aussi une possibilité de découragement, d'insécurité psychique, une source d'interprétations et de réactions psychomotrices très diverses.

Toute collectivité réagit sur elle-même : la chambrée est une petite société presqu'autonome où l'autorité du chef (le caporal) est modeste, et dans laquelle la recrue trouvera une atmosphère bien particulière. C'est là que se révèlent et s'affrontent certaines affirmations d'autorité, que se déroulent les commentaires anecdotiques de la vie commune et que s'ébauche, puis se réalise le désir collectif du jeu aux dépens des moins intelligents et des plus faibles. Ce désir collectif s'émousse d'ailleurs assez vite et j'ai souvent remarqué, dans les mois qui suivent l'incorporation, la bienveillance fréquente des hommes pour les « psychiques » ; ils jugent intuitive-

ment leur déficience, même « camouflée », et leur affectivité est souvent en éveil (« c'est un pauvre type », « il est un peu zinzin », etc...).

***

Lorsque l'attention médicale aura été attirée sur certains sujets, soit du point de vue neurologique, soit du point de vue psychiatrique, elle tiendra donc un compte aussi exactement mesuré que possible de l'influence du milieu troupe et dans l'étude clinique et dans la décision médico-légale d'aptitude.

Dès les premiers jours de l'arrivée au corps d'un nouveau contingent, on peut observer des manifestations paroxystiques ou fixées rappelant, par certains points, un syndrome neurologique cliniquement défini, mais pour lesquelles un examen systématique ne peut, en l'état actuel de nos connaissances, permettre de conclure à une organicité indiscutable.

Par ailleurs, l'ambiance armée est un des réactifs les plus sensibles des affections psychiques en évolution latente ou des anomalies constitutionnelles.

Il est enfin une autre incidence du milieu régimentaire, c'est la fréquence au moment de l'incorporation d'états confusionnels aigus d'origine toxi-infectieuse.

Je commencerai par ces derniers et envisagerai successivement :

*a*) les règles médico-légales à l'incorporation dans les états somatiques (états confusionnels) ;

*b*) les règles médico-légales à l'incorporation dans les états neurologiques dits fonctionnels ;

*c*) les règles médico-légales à l'incorporation dans les états psychiques en évolution ou constitutionnels.



### *a*) États confusionnels des jeunes recrues (1)

Tous les médecins ont observé pendant l'incorporation, l'éclosion *d'états confusionnels* installés parfois d'emblée, et sous le couvert desquels évolue l'incubation ou commence la

(1) Je n'ai pas envisagé ici les états confusionnels de certains hébéphréniques par exemple : ils seront mentionnés ultérieurement.

période d'état d'une maladie infectieuse et le plus souvent épidémique (bouffées épidémiques chez les ruraux non ou mal immunisés). S'ils ne constatent pas de séquelles, ce qui est peu fréquent, ils renvoient en temps utile la recrue à son instruction. Les formes prolongées, les plus nombreuses, doivent entraîner l'élimination de l'armée du temps de paix ; car si elles permettent de penser à une atteinte toxique profonde mais destinée à disparaître, elles indiquent trop souvent une sensibilisation du terrain qui rend impossible la reprise de l'instruction.

Enfin, dans les jours qui suivent l'arrivée des recrues au corps, journées de fatigue et d'excès de toutes sortes parmi lesquels les libations copieuses tiennent le premier rang, peuvent survenir des états confusionnels souvent transitoires avec « embarras gastrique aigu ». Il s'agit de bouffées délirantes chez des sujets à état rénal ou hépatique déficient (éthylisme antérieur) et à fragilité psychique incontestable du type débilité mentale. Bien que le pronostic de ces états aigus soit favorable, le terrain psycho-somatique est tel d'ordinaire qu'une élimination rapide et définitive est de règle.

### *b*) Etats fonctionnels

Il n'est pas dans mon intention de reprendre après beaucoup d'autres et sans leur compétence à cet égard la question ardue du pithiatisme et de l'hystérie.

Les rapports de H. Baruk et de L. Van Bogaert au Congrès de 1935 sont présents à toutes les mémoires. Le nombre et la qualité des discussions qu'ils ont suscitées témoignent de l'impression profonde et unanime laissée par ces exposés, mais illustrent avec vigueur les divergences qui séparent encore les neuro-psychiatres non seulement quant à la signification clinique des syndromes mais aussi quant à la limitation même du sujet.

Dans l'armée, nous sommes obligés cependant par la vie médicale journalière, surtout en période d'incorporation, d'envisager ces faits du point de vue de l'aptitude à servir. Or il me semble qu'en cette matière les recherches d'ordre psychiatrique anciennes ou récentes nous permettent, à nous médecins de l'armée, de nous orienter plus facilement vers une décision pratique que les conceptions neurologiques en discussion actuelle, pour si intéressantes qu'elles soient.

En effet, lorsque la séniologie neurologique nous oblige à classer un accident paroxystique (crise convulsive) ou non paroxystique (anesthésie, parésie ou contracture) dans le cadre des états fonctionnels, l'examen d'ordre psychiatrique nous paraît devoir être aussitôt mis en œuvre.

Or ces accidents ont toujours une marque sociale. Qu'ils soient à base d'émotion comme Claude l'a affirmé depuis fort longtemps, cela ne semble guère faire de doute. Qu'ils paraissent comporter un élément mythomaniaque ou traduire une névrose d'expression par exemple (Porot et Hesnard), que leur déclanchement paroxystique ou leur persévération continue ou intermittente soit à base utilitaire pour nombre de cas, cela peut être admis ou discuté. Tout se passe cependant comme si ces manifestations traduisaient de façon plus ou moins spectaculaire un effort de libération devant une difficulté de l'existence. Ce qui nous importe dans l'armée, c'est de savoir si une thérapeutique rapide et efficace va pouvoir rendre aux instructeurs une recrue ultérieurement capable d'un rendement utile.

Il est certain que la suggestion de Babinski, armée ou non, a rendu en temps de guerre de très réels services. Mais il s'agissait alors de récupération en vue de l'utilisation dans une ambiance sociale très particulière comportant des possibilités beaucoup plus grandes qu'en période de paix ; et c'est la qualité même de cette utilisation qu'il serait intéressant d'étudier *a posteriori*. Aujourd'hui, en période d'incorporation annuelle, les conditions sont toutes différentes : il s'agit de choisir les futures troupes de combat, et de « les instruire en conséquence ».

Dans ces conditions (je considère ici uniquement, je le répète, le contingent européen), si la suggestion est capable d'effacer un accident, celui-ci, dans des cas très nombreux, peut se renouveler et non toujours avec la même expression clinique, lorsque le sujet est replongé dans le milieu où l'accident primitif s'est révélé à l'attention.

Quelle que soit la méthode mise en œuvre, celle qui consiste à réaliser une irruption vive dans la personnalité ou celle qui lui ménage habilement une porte de sortie comme le note René Charpentier, une thérapeutique heureuse ne peut, à mon sens, avoir d'effets durables que si le sujet ne présente pas d'épine organique ou psychique (malformations lombo-sacrées ou débilité mentale par exemple) et s'il ne

subit plus de traumatismes affectifs importants dans le milieu où il est appelé à vivre.

Dans la cour du quartier ou de la caserne, l'officier instructeur, renseigné par le médecin, peut, quand il en a le temps, créer et maintenir une attitude générale non malveillante à l'égard du jeune « fonctionnel » revenu guéri de l'hôpital ; mais il n'en est pas de même à la chambrée.

Par une enquête consciencieuse menée au corps, il est possible de recueillir l'écho des commentaires qui suivent le retour du « crisard » guéri ou de l'ex- « paralytique ». Par ailleurs, l'attitude des sous-officiers chargés du « service intérieur » n'est pas toujours des plus favorables. Que le sujet soit ou non débile mental, tous les fonctionnels n'étant pas à mon sens des débiles, le conflit social est de nouveau créé. Et le cycle recommence avec des manifestations diverses — grossières et souvent, malgré les apparences, durables chez le débile qui ne dispose pas de « solution de rechange », subtiles et nuancées chez d'autres, mais toujours à charge affective importante. Il en résulte une perturbation pour le service, un exemple troublant pour les commentateurs de la chambrée, parfois un danger pour l'intéressé lui-même.

On peut objecter, et cette réflexion vient naturellement à l'esprit, que l'élimination rapide d'un sujet pouvant aux yeux de beaucoup passer pour un simulateur, est un exemple nocif et risque d'entraîner des épidémies de manifestations semblables.

Les faits répondent nettement : une élimination rapide réalisée à l'hôpital, alors que tout contact est définitivement rompu avec le milieu régimentaire, ne cause aucune perturbation dans le mouvement sanitaire et ne suscite qu'une approbation reconnaissante de la part du commandement.

Quant aux répercussions ultérieures dans le milieu social antérieur au service, elles ne paraissent guère plus nocives : la mention « réforme n° 2 » (sans pension), inscrite sur le livret militaire, se révèle comme un instrument efficace de modération dans les manifestations possibles de « victoire » chez l'intéressé et dans son entourage : qu'on veuille bien excuser cette expression, elle constitue un bon modèle de « silencieux ».

Faut-il préconiser une réforme temporaire ou définitive ? Pour ma part, j'ai usé du premier procédé, à titre expérimen-

tal en quelque sorte, chez des hommes qui n'étaient pas des débiles. L'expérience ne me permet pas d'y trouver des avantages. Je laisse de côté en effet la tentation d'agir sur un sujet qui est supposé, non sans raisons, poursuivre un but utilitaire, en l'obligeant à se présenter encore deux années de suite devant l'expert, comme la loi le prévoit pour les réformes temporaires. Un pareil état d'esprit médical n'est plus strictement objectif et, par conséquent, est à condamner comme discipline d'esprit. En réalité, on augmente sans intérêt les passages de ces « revendiquants affectifs », comme les appelle Codet, dans une ambiance où ils peuvent trouver des résonances fâcheuses ; on s'expose donc à des contagions possibles, on perd du temps et, en somme, le bénéfice même d'une élimination rapide.

Je n'ai parlé que de règle générale : existe-t-il, en pareille matière, des adaptables ? Il faut, à mon avis, distinguer entre les accidents paroxystiques et non paroxystiques.

Pour les premiers, si, au cours des semaines d'adaptation des recrues au milieu militaire, l'on a observé, chez un jeune soldat, une manifestation psychomotrice isolée à point de départ toxique (fatigue et surtout éthylisme), ou bien si l'on constate une ébauche de crise à l'occasion d'un accroc d'existence sans lendemain (refus de permission par exemple), une action médicale psychothérapique fait « tout rentrer dans l'ordre ». Les récidives ne se produisent pas et l'instruction est possible. Ces cas sont loin d'être exceptionnels.

Quant aux accidents non paroxystiques (syndromes sensitifs, moteurs ou, le plus souvent, mixtes), les rechutes sont si nombreuses qu'un pronostic favorable quant à l'aptitude ne peut jamais être porté *à priori*. Cependant, lorsque l'accident est aisément curable, qu'il n'existe, par ailleurs, aucune épine organique et que le sujet n'est pas débile, un essai doit être tenté, mais à mon avis, dans des conditions très précises quant au milieu militaire. Je n'ai eu de succès, à ce dernier point de vue, que pour des recrues destinées à de petites unités où régnait un esprit de corps fait à la fois de discipline, de compétition et d'entr'aide devant de réelles difficultes d'existence et dans lesquelles les cadres particulièrement choisis (officiers et sous-officiers) vivaient continuellement pendant plusieurs mois au contact même de la troupe (bataillons tenant garnison dans des ouvrages fortifiés, compagnies ou sections éparpillées dans des postes en montagne).

En conclusion, l'idéal serait, d'après X. Abély et Fretet, « la découverte subtile du mobile affectif de la difficulté sociale dont on n'obtiendra jamais l'aveu direct... » Mais cette pathogénie est d'autant plus délicate à préciser qu'elle est fort variable (P. Courbon). En pratique médico-légale militaire, il suffit que la difficulté soit établie dans son existence, après mise en observation du sujet, constitution et étude attentive du dossier. En règle très générale, et sous les réserves ci-dessus énoncées, un fonctionnel n'est pas apte à recevoir l'instruction en vue du combat.



Le milieu armée est surtout le réactif d'affections psychiques en évolution ou d'anomalies constitutionnelles jusqu'alors plus ou moins latentes.

Les règles à appliquer pour les diverses formes de *démence précoce* ou de *schizophrénie* sont simples : dans tous les cas, il importe d'éliminer, et le plus tôt possible. Toute la difficulté réside dans le diagnostic. Il faut néanmoins insister sur les faits suivants :

Les déments précoces ne sont pas très exceptionnels parmi les recrues arrivant au régiment.

Lorsqu'il s'agit d'états d'agitation anxieuse, fréquente dans les hébéphrénies, d'états confusionnels, de tentative de suicide, de fugues, de mutilations, d'impulsions tellement irrésistibles qu'elles sèment l'effroi dans la chambrée, l'évacuation sur le service hospitalier, puis sur le centre neuro-psychiatrique régional entraîne une mise en observation au cours de laquelle les dissociations apparaissent et orientent le diagnostic. Par ailleurs, l'inquiétude de l'hébéphrénique, son sentiment profond d'étrangeté le conduiront directement au médecin de l'unité, sauf pour quelques recrues d'origine rurale qui évoluent sur place, en quelque sorte.

Plus difficiles à apprécier sont l'absence d'attention, les réponses déjà ambivalentes, les mimiques inadaptées, le manque de tenue, les négligences incorrigibles, la suggestibilité cédant brutalement au négativisme, les stéréotypies, en un mot les anomalies profondes du comportement. Les instructeurs sont tentés de sanctionner des manifestations qu'ils peuvent qualifier sommairement d'indiscipline d'autant plus

que l'allure énigmatique, étrange et souvent ironique de ces malades peut les émouvoir dans leur affectivité propre et faire dévier leurs interprétations dans le sens passionnel. Néanmoins, l'influence médicale dans un régiment est actuellement telle qu'un avis est presque toujours demandé lorsqu'il existe un doute.

De toute façon, quels que soient les antécédents, schizoïdie ancienne ou flambée récente, l'évacuation sur l'hôpital sera rapidement décidée.

C'est bien exceptionnellement qu'un dément précoce au stade d'affaiblissement intellectuel prodromique franchit largement les limites de la visite d'incorporation : si l'étrangeté des réactions n'a pas été immédiatement comprise en raison du peu de manifestations extériorisées dans la vie proprement sociale de la recrue, le déroulement de l'instruction militaire va démontrer la pauvreté des résultats obtenus.

Il arrive enfin que le diagnostic exact ne soit qu'effleuré. Ceci n'a pas une grosse importance pratique : du point de vue aptitude à servir la décision est prise d'après la constatation d'un syndrome psychique important ou simplement d'un comportement affectif spécial ou d'un affaiblissement intellectuel. Or, dans le premier cas, la liaison du médecin de l'armée est étroitement assurée avec les familles et par là même avec les confrères civils spécialisés (maisons départementales, maisons de santé). Dans le second, la décision même de réforme, si elle ne réalise un avertissement sérieux que dans certains milieux où s'exerce une surveillance médicale spécialisée, peut constituer à elle seule, quant aux troubles de l'affectivité, un facteur thérapeutique en soustrayant un malade en évolution à une ambiance défavorable.

*
**

Le corps de troupe est surtout le réactif des *anormaux psychiques constitutionnels* et c'est là que se manifestent souvent, pour la première fois, dans l'existence de ces sujets, les premiers accidents psychiques aigus. Parmi les facteurs déclanchants, on a décrit surtout l'application à la recrue des règles de la discipline, règles excellentes au point de vue général, mais qui risquent de compromettre un équilibre psychique instable. Il faut retenir aussi et surtout l'insuffi-

sance de compréhension de l'instruction militaire proprement dite, les difficultés d'adaptation à la vie spéciale de la chambrée, l'impression de malaise enfin que peuvent laisser à certains jeunes soldats leurs premières sorties en ville.

Je ne passerai pas en revue les accidents très variés que peuvent présenter les recrues : l'ouvrage militaire récent dont j'ai souligné tout à l'heure l'importance remplit parfaitement ce but. Il s'agit de définir ici les règles à observer pour l'expertise au point de vue aptitude à servir des déprimés, des anxieux, des hyperémotifs, des schizoïdes, des pervers, des paranoïaques, des débiles, bref des anormaux les plus nombreux du contingent (et pour lesquels j'ai adopté la classification syndromique, la plus commode en l'espèce).



On connaît de longue date les *états dépressifs* qui suivent l'arrivée au corps et leurs diverses modalités. Tout le problème sera de définir si l'ennui qu'un sujet déterminé traduit par un comportement fait, comme le dit P. Janet, de désir et d'impuissance, lui permettra de participer utilement à l'instruction pour laquelle il a été appelé. Souvent, la dépression psychique d'un déraciné paysan est de courte durée : elle traduit simplement le passage d'un rythme à l'autre, car « le campagnard sait encore marcher à côté de ses bœufs comme si, pour lui, le car n'avait remplacé la patache » (A. Tournay). Dans une unité bien encadrée, l'adaptation se fait très vite : les instructeurs ont une réelle expérience de la mise en train de ces ruraux qui feront d'excellents soldats par la suite.

Il est des états dépressifs qui sont des manifestations dans une large mesure adaptées aux circonstances, mais d'une étiologie plus complexe. Quelquefois, pour le jeune soldat issu du recrutement d'une grande ville, le service militaire est une véritable catastrophe sociale : marié, père d'un ou même de plusieurs enfants, son métier permettait seul d'équilibrer le budget familial. Les avantages accordés par le recrutement (affectation dans la garnison la plus proche, permissions fréquentes) ne résolvent pas le problème financier, les allocations données par l'Etat ou les municipalités sont assez longues à être accordées. Il y a là, pour un nombre non négligeable de recrues des grandes villes, une étape de franchisse-

ment assez difficile : et ceci d'autant plus qu'un élément d'utilisation peut secondairement intervenir dont il faut que Commandement et Service de Santé tiennent compte dans l'application des mesures individuelles destinées à parachever l'adaptation de ces chefs de famille très précoces.

Un type plus répandu et plus connu est représenté par le petit *déprimé cyclothymique* qui se plaint sans arrêt, n'a pas réussi à apitoyer le conseil de révision et ne cesse de se présenter à la visite médicale : son comportement est tel qu'il impose l'élimination de l'armée. Il faut aller vite, car il n'est pas rare de voir s'aggraver un état de cet ordre par l'apparition d'idées mélancoliques d'indignité et d'auto-accusation. L'élimination de pareils sujets s'effectue par les services hospitaliers spécialisés en raison des dangers que cette évolution comporte et une liaison étroite est assurée avec les établissements civils.



Les manifestations au cours de l'incorporation d'*obsessions*, de *phobies* ou d'*anxiété* n'ont rien de spécial au milieu militaire en général et aux corps de troupe en particulier. L'intérêt de leur identification au cours des premières semaines de service est évident. Les obsédés, les anxieux sont souvent, à des degrés divers, des impuissants de l'action sociale. Leur doute et leur irrésolution les poussent à chercher un aide qui conseille et même puisse résoudre les problèmes les plus redoutés : en milieu militaire, le médecin de l'unité peut dépister cette inquiétude, cette insécurité. Mais dans les phases aiguës, l'impulsion est parfois la première manifestation dans l'armée d'un état anxieux exacerbé par le régiment. Ces tentatives de suicide sont fréquentes au cours de l'incorporation. Dans le service de neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce, depuis le 15 octobre 1936, 21 jeunes recrues ont été adressées pour tentative de suicide. Les moyens employés ont été très divers : défenestration, pendaison, strangulation, intoxication par barbituriques, section des tissus par rasoir ou éclats de verre. La précipitation sous un véhicule avec fractures costales multiples et les blessures craniennes par instruments contondants sont plus exceptionnelles.

La décision médico-légale est claire : la réforme définitive doit être accompagnée, ici encore, de mesures de surveillance

à mettre en œuvre après la réforme, mesures prises en accord avec la famille et le médecin traitant ou consultant de cette dernière.



Présentant plus de possibilités d'adaptation sont des états plus ou moins nuancés d'obsessions et d'anxiété : je veux parler non des « *psychasthéniques* au carrefour de la dépression et de l'émotivité comme le dit Lévy-Valensi et dont le peu d'activité foncière ne s'accorde guère avec les nécessités des exercices d'épreuve, mais bien des *hyperémotifs*.

Ici la question mérite d'être scindée.

*a*) S'il existe un déréglement neuro-végétatif marqué, une sympathose manifeste (Laignel-Lavastine), si l'émotif est palpitant, spasmodique diffus ou enfin lypothymique (May), ces sujets manifesteront très vite leur malaise organique à l'occasion des épreuves subies au cours des premières semaines du service. Que ces états organiques s'apparentent dans leurs crises aiguës aux tachycardies paroxystiques, aux migraines accompagnées ou aux chocs protéiques, il ne font que souligner la fragilité neuro-végétative du sujet et par conséquent l'inaptitude de ce dernier à servir en temps de paix et partant au cours de la guerre dans les unités de combat.

Par ailleurs du point de vue psychique une importante frange obsessionnelle ou anxieuse rattachée à un gros syndrome neuro-végétatif entraîne l'élimination : et dans la vie collective du corps de troupe l'état anxieux aigu attire le plus souvent l'attention avant le raptus.

*b*) Reste la question fort importante des *petits émotifs constitutionnels*. J'admets volontiers la distinction entre l'émotif sympathicotonique d'une part qui réagit vivement et immédiatement extériorise son trouble affectif s'en trouvant soulagé dans une suite presque immédiate, et d'autre part l'émotif vagotonique impressionnable avec un choc organique profond, instantané et une extériorisation psychique à retardement.

Mais alors de deux choses l'une,

1° Ou cette réactivité conduit plusieurs fois au médecin. Et tout est ici affaire de degré. Il faut réserver en effet dans l'armée une place aux petits déréglés neurovégétatifs avec état d'insécurité léger et le plus souvent intermittent.

Ils sont assez nombreux et peuvent s'adapter, lorsqu'on les cantonne dans un emploi ne comportant que des contacts restreints avec la discipline commune. L'affectation de ces sujets dans le service auxiliaire (1) permettra d'utiliser au maximum les jeunes recrues qui, elles, sont aptes à recevoir l'instruction militaire en vue du combat. Si néanmoins ces manifestations de claudication continuent, l'envoi à l'hôpital sera effectué, non pour observation du comportement (l'hôpital est souvent un milieu sédatif qui, en la matière, fait illusion), mais pour décision de caractère définitif.

2° Ou cette réactivité est sans histoire sociale : le médecin qui a dépisté l'émotif laissera l'expérience se dérouler. Expérience avec risques dira-t-on ? Je ne connais pas d'expérience humaine qui n'en comporte pas. Et ici les risques sont minimes et les conditions ne sont pas toujours défavorables pour la jeune recrue.

La vie professionnelle fortement étayée de règles et d'échelonnement d'activités est en effet un cadre commode où la décision se trouve singulièrement facilitée. L'action fictive, action mineure, est un stimulant des facultés imaginatives. La vie sociale de la chambrée où notre petit émotif se montrera peu encombrant, point nocif, très désireux au contraire d'être serviable, l'aidera à créer cette atmosphère de bénévolence qui lui est indispensable. Seule l'ambiance de la ville peut être une source de perturbations, mais la jeune recrue, lorsqu'elle n'est pas déjà familiarisée avec elle, y échappe de son mieux par crainte précisément de l'action individuelle : un bon test d'appréciation à cet égard c'est la conquête de la femme ou bien éludée ou bien transformée — ceci est une règle chez les asthéniques — en conquête de l'homme par la femme. En somme, en deçà d'un certain seuil d'émotivité, le milieu régimentaire se montre tellement favorable qu'on retrouve les petits émotifs « serviables », « excellents camarades », « irradiant la sympathie », « modèles de conscience et de dévouement », « de tenue et d'esprit militaire dignes d'éloges », « grands travailleurs » et « idéalistes » tenant une place quantitativement et qualitativement importante non seulement dans la troupe mais dans le commande-

(1) Aux termes de l'article 20 de la loi, sont classés dans le service auxiliaire « les sujets atteints d'une infirmité relative sans être faibles de constitution ».

ment lui-même, j'entends dans le commandement subalterne, « en second ». Ceci paraît constituer un danger pour le temps de guerre, car les belles études sur le devenir des émotifs au cours des dernières hostilités n'ont rien perdu de leur valeur.

Mais ici il faut reprendre les distinctions soigneusement établies par la plupart des auteurs et en ajouter au moins une, d'ordre militaire celle-là.

De l'expérience de la dernière guerre, deux notions sont à retenir, la fonte rapide des effectifs instruits dans les trois ou quatre premiers mois des hostilités, par tactique inadaptée à l'armement, la nécessité ensuite pour les adversaires de se causer réciproquement le plus de pertes possible.

Or, les grands émotifs dont les réactions illustrent les travaux médicaux de guerre n'auraient pas dû paraître sur le front : ils ont été incorporés ou récupérés par des commissions de guerre, ayant comme principale directive le besoin de combattants de plus en plus nombreux.

En outre, beaucoup d'observations montrent que la guerre d'usure par son acharnement indéfini a développé au maximum la sensibilisation de certains petits émotifs par sommations successives, et l'extériorisation du déséquilibre a été parfois tragique et toujours grave. Il convient néanmoins de remarquer que dans les antécédents de ces derniers malades, il n'est pas exceptionnel de retrouver une conduite très honorable dans les armes les plus exposées et ce, pendant longtemps, malgré des sensibilisations antérieures. Pour ma part, en temps de guerre, nombre de petits émotifs dans une ambiance faite de dangers dans laquelle ils se sentaient solidaires des autres et très proches d'eux et où il s'agissait en somme de réaliser un élan vers une perfection d'obéissance, m'ont paru agir beaucoup plus facilement que dans l'isolement individuel de la société du temps de paix.

Nous gardons par conséquent les petits émotifs à comportement normal en temps de paix dans notre armée de combat, mais en leur interdisant de façon absolue certaines spécialisations impliquant la nécessité ou même la probabilité d'action strictement individuelle (personnel navigant de l'armée de l'air par exemple). S'ils « lâchent » un jour, ils auront auparavant dans l'ensemble rendu de signalés services. Ils auront même donné souvent l'exemple du « calme » et du « sang-froid », tant il est vrai que l'homme dans son

comportement social prend et renforce l'attitude complémentaire de ses tendances profondes.

Quant aux considérations sur leur fragilité croissante, surtout en guerre d'usure, elles sont d'ordre second : l'armée du temps de paix avec ses réserves est l'instrument des premières batailles. Pousser plus loin nos prévisions serait sortir des limites de notre exposé.



Un comportement *schizoïde* discret s'accorde le plus souvent avec les possibilités d'instruction militaire et n'attire guère l'attention : l'activité bien réglée de l'armée plaît à ces sujets d'autant plus qu'elle comprend une part de fiction et semble faciliter une polarisation et parfois brillante de leur autisme. Cependant les formes évolutives (poussées schizomaniaques ou schizophréniques) et aussi celles dont l'autisme est pauvre ou à réaction de bouderie sont très nettement défavorables à l'adaptation : la réforme est de règle.



Il reste à envisager les règles à appliquer aux pervers, aux paranoïaques et à ces infirmes congénitaux que sont les débiles.

Le *paranoïaque* confirmé extériorise si rapidement au contact de la discipline le gauchissement de ses facultés comme le dit Génil-Perrin que l'attention des instructeurs est attirée presque d'emblée. Quelle que soit son attitude méfiante ou agressive, l'élimination aussi rapide que possible est formellement indiquée.

La recrue qui a simplement un caractère à petite frange paranoïaque est par contre la plupart du temps adaptable. Les instructeurs connaissent bien « ces rouspéteurs », « satisfaits d'eux », interprétants, mais perfectibles qu'il suffit de prendre de temps à autre « dans le sens du poil » pour obtenir un service régulier et parfois excellent lorsque leur vanité est en jeu. Le commandement, très en éveil à ce point de vue qui touche de près la discipline, fournira au médecin pour les cas limites une documentation importante. En temps de guerre, ces sujets ont pris place en France parmi les figures populaires des combattants.

Associée à une subexcitation de type hypomaniaque, une telle tendance constitutionnelle permet temporairement une certaine ou même une réelle réussite sociale. Mais, dans l'armée en particulier, cette question ne devient vraiment importante que lorsqu'il s'agit de l'évolution d'une carrière et de ses conséquences du point de vue commandement, ce que je ne puis considérer aujourd'hui.

Du point de vue incorporation, une recrue de cet ordre par son dynamisme et son hypermnésie donnera une impression de supériorité sur l'ensemble, à l'exercice et surtout dans la chambrée. Et, en cours d'hostilités, si les phases dépressives sont fort espacées, la réputation fondée sur une légende pourra survivre et même se renforcer avec des conséquences le plus souvent favorables pour le rendement de la troupe considérée.



Les gros *débiles mentaux,* capables seulement d'une activité sociale rudimentaire, sont éliminés dès le conseil de révision ou les tout premiers jours de l'incorporation.

Les manifestations paroxystiques de l'adaptation, complications de la débilité mentale (états confusionnels, bouffées anxieuses, fugues, perversions) entraînent la réforme définitive.

Les difficultés d'adaptation à la chambrée (moqueries, brimades, corvées) et le travail insuffisant à l'exercice (déficience et instabilité intellectuelle, paratonie motrice) ont une incidence médicale. Le débile sera un assidu de la visite journalière et extériorisera à plaisir ses idées de préjudice ou ses préoccupations nosophobiques. Dans ces conditions, le médecin régimentaire n'utilise guère les enquêtes de gendarmerie (car le plus souvent elles sont inutiles), ni la méthode cependant excellente des tests d'arriération (Binet et Simon) qui s'adressent plus spécialement à l'instruction scolaire : la vie militaire avec ses divers aspects réalise bien les épreuves de mémoire, de jugement et d'imagination et elle ajoute un témoignage de premier ordre, les possibilités d'adaptation de l'intéressé.

De tels sujets sont généralement en effet d'un rendement très médiocre. Certes, un nombre assez important d'entre eux, les petits débiles non pervers, non instables, travailleurs et de

bonne volonté, pourront servir de conducteurs s'il s'agit de ruraux dans les trains de combat régimentaires ou les convois. Les plus évolués et les plus familiarisés avec l'ambiance seront gardés dans les unités combattantes pour des fonctions non spécialisées. Les « sujets-limites » seront versés dans le service auxiliaire, afin de permettre, comme nous l'avons déjà vu, l'utilisation maxima des recrues aptes à recevoir l'instruction militaire.

Pour la majorité des débiles, une réforme définitive, qui n'est valable que pour le temps de paix, permettrait leur affectation en temps de guerre dans des compagnies de pionniers, de réparation de routes, dans des formations de ravitaillement en munitions, dans des services enfin qui, à proximité immédiate de la bataille et souvent participant à ses risques, ont besoin de beaucoup d'activité automatique et de peu d'initiative individuelle : il s'agit d'études en cours et qui concernent la récupération pendant la guerre d'une grande partie des « réformés définitifs » du temps de paix.



C'est volontairement que je n'ai pas envisagé la simulation chez les recrues pour plusieurs raisons. La question d'ensemble a été traitée dans un ouvrage récent par le Médecin-Lieutenant-Colonel Costedoat. Il s'agit, dans l'armée du moins, et en temps de paix, d'un diagnostic d'élimination vraiment rare. Enfin, ce sujet n'offre pas un gros intérêt du point de vue qui nous occupe, car une pareille conclusion médico-légale entraîne la traduction devant un tribunal militaire et l'envoi ultérieur possible dans des corps spéciaux.

En tous cas, une longue et minutieuse observation hospitalière est indispensable, ne serait-ce que pour éviter les fausses simulations étudiées par Fribourg-Blanc au Congrès de 1931 et qui ne sont que « cas frustes et formes inusitées des diverses psychopathies ». Quant aux sursimulations, elles résultent, comme Porot l'a montré au Congrès de 1921, de l'exagération plus ou moins consciente d'états psychopathiques antérieurs. Et ceci ne peut gêner beaucoup la décision médico-légale d'aptitude.



Au bout de trois mois environ, l'incorporation médicale est terminée. Les mesures générales de prophylaxie ont été appliquées, l'aptitude a été définie pour chaque recrue du contingent annuel et ses caractéristiques ont été consignées dans des registres généraux et les observations individuelles des livrets médicaux.

Les règles neuro-psychiques qui ont joué pour délimiter cette aptitude à l'instruction militaire du temps de paix ont permis de préciser, pour la plupart des jeunes soldats, leur qualité de combattant en temps de guerre.

En modifiant à peine les termes du « règlement » du 1er octobre 1934, leur principe peut être très simplement défini : le classement dans le service armé nécessite, entre autres conditions, un état neurologique et psychique assez robuste pour faire face aux obligations et aux fatigues, et aux dangers de la vie du soldat en temps de paix et en campagne.

***

## B) Recrues par engagement volontaire

Les engagements dans l'armée métropolitaine assurent le recrutement de la presque totalité des sous-officiers de carrière dont une partie est destinée à compléter le cadre des officiers en temps de paix et surtout en temps de guerre. D'autre part, en raison des nécessités actuelles, ils sont appelés à devenir plus nombreux que par le passé. L'effectif des militaires de carrière métropolitains doit être porté à plus de 78.000 ; le nombre des gardes républicains a largement débordé le chiffre de 15.000 fixé par la loi du 31 mars 1928 sur le recrutement de l'armée ; enfin, dans les diverses unités, les chefs de corps sont autorisés à dépasser en engagés l'effectif théorique du temps de paix prévu pour chaque corps.

Le principe de la sélection des engagés est le même que pour les jeunes recrues du contingent. Mais ce choix doit être beaucoup plus strict en raison du but même de l'engagement volontaire et de son caractère spécial comportant la signature d'un contrat. Les engagements qui sont le plus souvent souscrits comportent trois, quatre et cinq ans de service.

Théoriquement, il s'agit d'un mode de recrutement plus facile à utiliser du point de vue médical et spécialement

neuro-psychiatrique que celui des recrues annuelles. En application des instructions ministérielles, les engagements sont reçus à toute époque de l'année. L'article 5 de la loi de 1928 spécifie que le « jeune homme qui désire souscrire l'un des engagements peut se présenter, soit devant le commandant d'un bureau de recrutement, soit devant un chef de corps ou de détachement ». Les séries de candidats sont beaucoup moins importantes qu'au conseil de révision et aux visites d'incorporation. Des consultations hospitalières locales sont dès lors possibles, sauf dans les petits détachements.

Les candidats à l'engagement ne présentent pas d'états psychiques aigus, ne sont pas porteurs de grosses infirmités et ne se plaignent d'aucune impotence fonctionnelle. Enfin, bien que le nombre des places d'engagés aille en augmentant avec les années, la proportion entre les candidats et les possibilités d'affectation reste telle, surtout depuis les difficultés économiques de ces dernières années, que la sélection doit pouvoir jouer, suivant le principe plus haut défini, d'une façon plus rigoureuse que pour le recrutement annuel.

Tout est donc pour le mieux, et ce chapitre devrait être d'une brièveté triomphante.

Il n'en est rien, car deux facteurs se sont révélés comme très importants dans l'application journalière de ces principes :

*a*) La clientèle du bureau de recrutement est formée en partie d'indésirables.

*b*) Les moyens médico-légaux de sélection ont été, pendant longtemps, insuffisants et présentent encore, malgré les améliorations apportées, de sérieuses lacunes.

*
**

### *a*) La clientèle des bureaux de recrutement

Elle est constituée par des éléments distincts :

1° Les candidats à l'engagement à court terme, c'est-à-dire à l'engagement à peine supérieur de six mois à la durée légale du service régulier.

C'est un recrutement qui a son intérêt du point de vue instruction : il permet la formation de gradés de réserve. Du point de vue médico-légal neuro-psychiatrique, en particulier

l'incorporation n'entraîne guère d'éliminations : ces engagés rattachent en effet, dans l'immense majorité des cas, leur période de vie militaire à leur existence professionnelle. C'est pour des raisons de commodité personnelle, pour ne pas quitter une ville où il a sa famille et des intérêts matériels, qu'un sujet consent à augmenter volontairement de six mois ou un an la durée de son service. D'ailleurs, l'âge de l'engagement est étroitement fixé par la loi car ces jeunes gens doivent être présents sous les drapeaux en même temps que le contingent de leur classe.

2° Les candidats qui, après une scolarité suffisante et avec un acquis non négligeable, désirent entrer dans l'armée pour devenir sous-officiers et souvent ensuite préparer les concours d'admission à des Ecoles d'élèves-officiers (St-Maixent, Versailles, Saumur, Fontainebleau, Vincennes).

Il s'agit de sujets n'ayant pas bénéficié de sérieuses facilités de préparation et issus des classes moyennes ou rurales. Dans ces dernières, la garde mobile bénéficie d'un préjugé favorable en raison d'avantages de logement, d'indemnités spéciales et de possibilité ultérieure d'entrer dans la prévôté dont l'influence est indéniable dans les campagnes.

Ici encore, les règles à appliquer du point de vue neuropsychiatrique sont celles que nous avons exposées. En dehors des conditions d'aptitude physique réglementaires réservées aux différentes armes, il faudrait théoriquement une rigueur plus grande dans la sélection des hyperémotifs et aussi des petits paranoïaques qui, pourvus d'un commandement, peuvent se montrer nocifs ; il faudrait aussi interdire l'entrée aux petits débiles, simplement mnésiques. L'expérience va nous montrer que les conditions d'examen médical sont insuffisantes pour un choix de cet ordre.

3° Les « laissés pour compte » de l'existence.

Ceux-ci forment un lot important et bien plus intéressant du point de vue psychiatrique que neurologique. Si, en effet, quelques comitiaux à crises rares arrivent à se glisser dans les rangs des engagés à la suite de déboires professionnels dus à leur affection aussi rhédibitoire du point de vue civil que militaire, ils sont, en vérité, relativement rares : c'est pour eux cependant que se pose, avec le plus d'acuité, le problème de l'identification de l'épilepsie, soigneusement cachée dans les commémoratifs quant aux accidents majeurs, à l'état interparoxystique et même aux équivalents.

Par contre, certains anormaux psychiques forment un fond de clientèle important et inépuisable. Je veux parler, en laissant de côté les petits débiles dont il a été question plus haut, des *cyclothymiques,* et surtout des instables et des pervers. Les premiers, à phases d'excitation et dépression marquées, sont chassés de la vie sociale par leurs accès et ils tentent, pour un temps, de vivre dans l'armée ; le premier paroxysme après l'engagement entraîne la fin d'un essai bien inutile. Il y a également peu de choses à dire des *troubles épileptoïdes :* ils ont souvent un tel caractère d'impulsivité et de violence qu'ils entraînent l'élimination rapide.

A plusieurs reprises, dans nos congrès, on est revenu sur la question de l'aptitude des *petits instables* sans note cyclothymique, mythomaniaque ou perverse (*déséquilibrés* ou dysharmoniques *simples) :* leur comportement social antérieur leur a réservé une série d'échecs parce que, la plupart du temps, ils sont sans grands moyens, inaffectifs, impulsifs et plus ou moins vaniteux et que leur activité désordonnée et disparate n'a pas trouvé une polarisation définie. Le service dans l'armée semble devoir leur donner une ligne de conduite.

Ici encore, le milieu sert de réactif. Les uns se révèlent vite après l'incorporation comme inadaptables : d'une part, les règles de la discipline strictement appliquées par certains gradés à l'égard des jeunes engagés, d'autre part les tentations auxquelles les laisse exposés, dans la soirée, la liberté relative de la chambrée et celle, quasi-absolue, des sorties en ville et des permissions, sont autant d'épreuves dans lesquelles beaucoup succombent. Et les fautes s'accumulent en un cycle vicieux qui aboutit à l'élimination (négligences successives, retards à l'exercice, aux appels, au retour de permissions et bientôt fugues).

D'autres, aussi nombreux dans leur ensemble que les premiers, se montrent moins impulsifs et continuent leur service. Ils peuvent devenir d'assez bons soldats ; mais lorsqu'ils obtiennent un galon de sous-officier, ils se révèlent comme de médiocres gradés. D'ailleurs, leur désir latent de nouveauté ne les attire pas spécialement dans l'armée métropolitaine de France où, en définitive, le commandement ne les considère pas comme désirables et ne consent qu'exceptionnellement à leur rengagement.

Les *pervers,* engagés volontaires, sont le type accompli de ces anormaux chez lesquels « la disproportion des qualités

intellectuelles parfois réelles et la pauvreté des résultats obtenus » (Régis) expliquent « la conduite générale de leur vie, leurs bizarreries constantes qui échappent au bon sens, leur odyssée émaillée, non seulement d'épisodes délictueux, mais encore de complications incessantes avec les divers milieux sociaux » (X. et P. Abély).

Il existe bien une distinction liminaire entre l'enfance du pervers instinctif remplie de délits (Heuyer) et celle du dévoyé par dissociation familiale, qui aboutit à une délinquance plus tardive, plus réfléchie et plus accessible à une thérapeutique. Mais ces faits perdent de leur importance lorsqu'il s'agit d'apprécier les possibilités d'adaptation au milieu militaire.

Or, les aventures para ou antisociales de ces multiples débuts d'existence aboutissent, dans la règle, à l'engagement volontaire. Ce dernier est la conséquence directe de la plus récente impulsion ou le fruit de la décision laborieuse d'un conseil de famille, mettant, en dernière analyse, toute sa confiance dans la vertu éducative de l'armée.

Les résultats de l'engagement sont bien connus. Les fautes militaires graves des pervers sont stéréotypées : absences illégales, dissipation d'effets, ivresse et violences, abandons de poste, désertion à l'intérieur ou à l'étranger.

Elles témoignent d'une grosse difficulté à se plier à la discipline et, d'une façon plus générale, à toute règle sociale qui limite l'accomplissement de leurs désirs. La vie militaire de ces engagés se déroule vite en marge des règlements et d'une morale élémentaire. Un tel exemple est très fâcheux pour l'entourage, nocif même pour les sujets légèrement débiles qui peuvent faire partie du contingent annuel et dont l'une des caractéristiques est une dangereuse suggestibilité. Pour les pervers, l'expérience est nettement concluante : il n'est pas nécessaire d'attendre « l'épreuve du corps de troupe ». L'élimination de l'armée est indispensable. Il serait donc très désirable d'empêcher leur entrée avant la signature d'un contrat définitif : mais les moyens médico-légaux de sélection bien qu'améliorés sont nettement insuffisants du point de vue prophylactique.

### *b*) Les moyens médico-légaux de sélection

Récemment encore les opérations d'engagement étaient d'une très grande simplicité. Après demande concernant une

unité choisie, le candidat se présentant comme nous l'avons vu, soit devant le commandant d'un bureau de recrutement, soit devant un chef de corps ou de détachement, était examiné dans le plus bref délai, au point de vue aptitude physique, par « un médecin militaire ou à défaut un médecin civil désigné par l'autorité militaire ».

Cette expertise pouvait être assez complète, les candidats étant peu nombreux, mais elle était pratiquée sans anamnestiques, aucun dossier médical n'étant constitué. Il est vrai qu'un recours était possible. A l'issue de sa visite, l'expert délivrait un certificat d'aptitude. Or ce dernier n'était valable que pendant 48 heures. Ce délai très court n'était pas suffisant pour que fussent accomplies à temps les formalités administratives : une seconde visite était nécessaire avant la signature du contrat. Un dossier avait été rassemblé entre temps, mais il constituait, comme on va le voir, une sorte de barème d'inaptitude ou d'aptitude réglementaires et, dans les deux cas, n'était pas en pratique communiqué au médecin : ce dernier, le même qui avait signé le certificat valable pendant 48 heures, se contentait le plus souvent des investigations habituellement mises en œuvre pour le dépistage des affections épidémiques et contagieuses. Et le contrat définitif étant signé, l'engagé « rejoignait son corps ». Il est vrai qu'il subissait en tant que recrue une visite individuelle d'incorporation ; cependant, du point de vue psychique, les antécédents sociaux étaient passés sous silence ou minimisés, et par ailleurs le dossier de recrutement n'avait pas empêché la signature du contrat : le médecin ne pouvait donc sur de simples présomptions proposer la réforme, c'est-à-dire la rupture de l'engagement : il fallait attendre les résultats de l'épreuve du corps. Alors survenaient à plus ou moins longue échéance des manifestations d'impulsivité ou de perversions avec leurs répercussions multiples sur l'ordonnance régulière de la vie de l'unité. Et s'ensuivait la procédure d'élimination par réforme sans pension, compliquée, le cas échéant, par celle de traduction devant un tribunal militaire.



Cette organisation a persisté sans changement jusqu'en 1932 : il est inutile d'insister sur ses lacunes du point de vue psychiatrique en particulier. Le Service de Santé a cependant

cherché à améliorer les conditions de triage ; il n'a qu'indirectement réussi, mais le but poursuivi a été approché.

1° Jusqu'en 1932, les seuls renseignements demandés par le recrutement (en dehors de l'extrait de naissance et s'il y avait lieu du consentement des parents) après la signature par le médecin du certificat d'aptitude valable pendant 48 heures, était la demande du « casier judiciaire » au parquet du lieu de naissance du candidat. Si le casier judiciaire relatait l'une des condamnations visées aux articles 4 et 5 de la loi, l'intéressé n'était pas admis à l'engagement. La loi prévoit en effet une série de conditions empêchant l'accès à l'engagement de la plupart des condamnés. Mais ce barrage n'est pas absolu. Il ne saurait en droit arrêter les sujets condamnés, sauf pour le « métier de souteneur », à des peines inférieures à un mois (vol, recel) ou trois mois (filouterie d'aliments, vagabondage), surtout avec sursis (le décret du 11 avril 1928 le spécifie sans aucune ambiguité).

On ne pouvait donc s'étonner de voir des sujets faisant partie de l'armée de métier condamnés antérieurement à leur engagement. Et l'expérience a prouvé qu'il n'est pas exceptionnel de les voir récidiver en milieu militaire dans leurs perversions primitives (vols par exemple).

2° Depuis le décret du 9 juillet 1932, le bureau de recrutement adresse au commissaire spécial du secteur dans le territoire duquel se trouve l'intéressé, une demande assez détaillée portant sur la conduite, les antécédents familiaux, scolaires, professionnels.

Après l'expertise médicale d'aptitude d'un candidat, un dossier est constitué qui comprend le certificat d'aptitude physique, le casier judiciaire et l'enquête de la sûreté. Lorsqu'il est complet, il est adressé à l'officier commandant l'unité dans laquelle le sujet désire servir comme engagé volontaire. Cet officier, après examen, statue. Il peut donc accepter la candidature, la refuser ou encore réduire la durée de l'engagement. Cette liberté d'action accordée au chef qui connaît le futur milieu d'évolution du candidat et y exerce son commandement est en tous points excellente : il s'agit pour lui de l'ordre dans son unité, du rendement et de la valeur probable au combat de « sa » troupe, ou de la solidité et de la souplesse de « son » service. L'avis du médecin de l'unité, conseiller technique du commandement est utile à ce dernier dans l'appréciation sur pièces d'une condamnation avec sursis ou des réponses à l'enquête. Et je suis autorisé à affirmer

que cet avis est souvent demandé et souvent suivi : il serait désirable qu'il devînt réglementaire.



Mais un nouvel effort, et celui-ci tout récent, a été tenté. Il n'a pas été guidé par des raisons d'ordre psychiatrique : sont but est de réaliser, dans de meilleures conditions qu'auparavant, le dépistage des affections tuberculeuses. Néanmoins, tel qu'il est dirigé, cet effort peut faciliter la solution du problème envisagé. Voici les principaux passages du décret du 16 avril 1934. Pour les « jeunes gens qui demandent à souscrire un contrat d'engagement d'une durée de quatre ans au moins, il y a lieu de soumettre les intéressés à des examens médicaux spéciaux. Ces examens, ne pouvant être normalement effectués dans les bureaux de recrutement, doivent être pratiqués au moment de la visite médicale d'incorporation. Il importe donc que les jeunes gens en cause ne soient liés au service que par un « engagement provisoire » qui ne deviendra définitif qu'à la suite de la visite médicale d'incorporation, si les intéressés sont reconnus satisfaire à toutes les conditions d'aptitude physique requises ». Dès que le résultat de cette visite est connu, le chef de corps indique à l'intendant militaire qui a reçu l'engagement si le contrat doit être ratifié ou annulé. Ces formalités doivent être accomplies dans le délai maximum de six semaines, à compter de l'arrivée de l'engagé au corps. Dans le cas où le contrat provisoire est annulé, l'engagé est immédiatement libéré.

Ces dispositions récentes sont sans doute excellentes du point de vue prophylaxie. Mais elles suggèrent les réflexions suivantes :

*a*) Si elles ne visent qu'un cas particulier, le dépistage des tuberculeux, elles s'étendent aux infirmités ou affections susceptibles d'entraîner une non-acceptation d'engagement. Néanmoins, figure encore dans le contrat provisoire l'aptitude « physique » : il n'y a plus aucune raison de laisser subsister cet adjectif d'un autre âge.

*b*) L'engagement provisoire a été limité dans son application. Bien que, de notre point de vue prophylactique, il offre un moindre intérêt en raison de leur « clientèle » pour les engagements à court terme, il doit être étendu à l'ensemble des engagés : le dépistage en matière de tuberculose est une raison suffisante.

*c*) Le délai d'un mois et demi peut paraître un peu court. Si les opérations les plus usuelles sont, comme nous l'avons vu, facilitées au corps par ce fait que la plupart des engagés arrivent dans leur unité en dehors des périodes de réception des contingents annuels, les examens hospitaliers souvent indispensables en matière de neuro-psychiatrie demandent plusieurs semaines. Mais le commandement peut être gêné dans l'instruction par une élimination tardive de ces engagés. Et à l'épreuve de ce délai de six semaines, épreuve encore trop récente pour qu'un jugement de valeur puisse être porté, nombre de refus de contrats définitifs ont pu être prononcés dans les délais légaux.

Il serait cependant prématuré d'envisager une date, même approximative, pour la mise en œuvre de l'ensemble des réformes projetées. Il s'agit, en effet, d'une transformation profonde que l'on est en train de réaliser : elle demande le concours d'hommes formés par des disciplines différentes ; les idées pour engendrer des réalisations durables ont besoin d'une certaine maturation.

Ajoutons que les médecins militaires doivent se féliciter de l'extension actuelle des centres de dépistage pour enfants anormaux. La possibilité d'une liaison d'ordre pratique avec ces organismes de triage, aux riches observations s'étendant sur de longues années, est dès maintenant mise à l'étude et G. Heuyer a abordé cette question dans son rapport au Congrès de 1935.

Il serait enfin souhaitable que des centres de préservation sociale réservés aux adultes soient réalisés en France.



## II. LES POSSIBILITES DE SPECIALISATION DES JEUNES RECRUES DU POINT DE VUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

Les médecins militaires ne bornent pas leur effort à l'élimination des inaptes suivant les règles dictées à la fois par leur expérience neuro-psychiatrique et les possibilités que laisse une législature militaire constamment remaniée dans ses détails.

Ils s'appliquent à définir de leur mieux l'aptitude particulière aux différentes armes.

Le chapitre V de l'instruction sur l'aptitude au service militaire (volume mis à jour le 1er novembre 1934) définit ce rôle dans ses grandes lignes. « Les jeunes gens déclarés aptes au service... sont répartis, par les Commandants des bureaux de recrutement, dans les différentes armes et les différents services suivant leurs aptitudes professionnelles, physiques et morphologiques... Les hommes les plus vigoureux sont affectés aux armes et subdivisions d'armes appelées à supporter les plus grandes fatigues de campagne, c'est-à-dire, en premier lieu, à l'infanterie... La constatation de la taille et du poids fixés pour certaines armes et subdivisions d'armes n'appelle aucun commentaire, la détermination des autres conditions est plus complexe et relève de la compétence spéciale de l'expert médical » qui donne son avis devant le conseil de révision ou devant les bureaux de recrutement avant l'incorporation.

*
**

Cette manière de procéder est passible, dans son application, de sérieuses critiques. N'envisageant pour l'instant que l'aptitude spéciale du contingent annuel, soulignons que cette dernière doit être réglementairement dessinée dans ses grandes lignes pour chaque recrue, par les médecins faisant partie du conseil de révision : le recrutement a pour mission de « prendre note et de tenir le plus grand compte » de ces indications.

Or, j'ai insisté sur la grande difficulté d'application, au cours de ce premier examen de triage, des règles neuro-psychiatriques d'élimination, règles ayant pour but de définir l'aptitude générale minima. Comment est-il possible d' « indiquer » par surcroît l'aptitude spéciale ?

Prenons comme exemple l'infanterie. Les futurs soldats destinés à l'arme sont choisis parmi les aptes au service armé d'après certains caractères morphologiques et physiologiques. Mais l'arme de l'infanterie comporte, parmi ses recrues, des conducteurs de chars de combat. Pour ces derniers, les conditions d'aptitude « demandent à la fois de la souplesse, de la vigueur, une grande résistance à la fatigue... et l'absence de nervosisme »... En pratique, ce seront l'excellence des constatations morphologiques et cliniques, et aussi l'absence

d'anamnestiques neuro-psychiques qui guideront le choix médical et celui du recrutement. Certains corps spéciaux, bataillons de chasseurs cyclistes, bataillons de chasseurs à pied (dont une partie sont alpins) reçoivent également des sujets classés comme « très bons » ou « excellents ». L'infanterie innominée recevra le « tout venant » de sa catégorie et cependant sa mission au combat est encore de premier ordre : comment pourra-t-elle recruter, avec des ressources amoindries, ses spécialistes propres ?



Ces objections n'ont pas la portée réelle que l'on pourrait leur prêter pour la raison suivante : les possibilités qualitatives de la nation sont telles que l'infanterie « ordinaire » tire aisément de ses propres ressources des combattants spécialisés dont le commandement se montre vraiment satisfait. Ce choix, qui joue en règle générale pour toutes les armes et services, est réalisé de façon très simple. Le règlement prescrit en effet que le commandant de chaque petite unité de l'armée (compagnie, batterie, escadron, section) doit assister aux premiers contacts des médecins du corps avec les jeunes recrues. C'est ainsi que s'échangeront les premières impressions qui ne pourront être que sommaires du fait de l'encombrement et du travail en série. C'est par la suite, dans la cour d'exercices ou au champ de manœuvres, que l'instruction se dégagera des généralités. A ce stade, la collaboration du Commandement et du Service de Santé portera tous ses fruits : le choix des observateurs parmi les sujets dont les facilités de perception sont électivement visuelles et analytiques, la discrimination entre l'observation de jour et celle de nuit sont des exemples de ce travail en commun indispensable. Au bout de quelques mois, la petite unité sera organisée avec les tireurs et les servants d'armes automatiques ou d'engins d'accompagnement, les observateurs, les agents de liaison, de transmission. Les recrues de la compagnie, de l'escadron, de la batterie seront prêts à commencer le travail d'équipe, puis le travail d'ensemble. Et cela demandera encore de longs efforts renouvelés c'est-à-dire beaucoup de temps.

⁂

Reste la sélection des spécialistes proprement dits de l'armée. Les uns sont choisis d'après leur profession : ouvriers en fer, en bois, chauffeurs, mécaniciens, ouvriers de l'industrie automobile, spécialistes de l'électricité, de la T.S.F., etc...

Ces professionnels sont utilisés dans les différentes armes ou variétés d'armes. Mais ils ne participent qu'exceptionnellement au combat. Ainsi les « spécialistes » des chars d'assaut sont des ouvriers en fer, en bois, des électriciens, des mécaniciens, des bourreliers, etc... « qui ne sont pas appelés de par leurs fonctions à faire partie des équipages de chars ».

Ils ne nous intéressent pas du point de vue neuro-psychiatrique. Par contre, il existe des recrues ayant reçu ou devant recevoir une spécialisation appelée à jouer un rôle direct dans la bataille : je prendrai comme exemples deux groupes de spécialistes, l'un recruté dans le contingent annuel, l'autre par engagement volontaire : les « conducteurs de véhicules automobiles militaires » et « le personnel navigant de l'aviation ».

*a*) L'instruction de 1933 relative aux conducteurs des véhicules automobiles militaires stipule que « nul ne sera admis à conduire, même s'il est titulaire d'un permis de conduire délivré par des autorités civiles, sans avoir été préalablement soumis à une visite médicale spéciale renouvelée lors des périodes d'instruction dans les réserves ainsi qu'à l'occasion de chaque accident imputable au conducteur ».

Les conditions sont les mêmes que celles du service militaire mais l'attention doit être spécialement apportée, en dehors des organes de la vision et de l'audition, « sur l'absence de tout antécédent comitial, de tout stigmate d'intoxication chronique, de crises névropathiques, de déséquilibre neuro-végétatif, de troubles accentués de l'émotivité, d'instabilité psychomotrice, de réactions impulsives, de débilité mentale.

« On éliminera d'office tous les militaires ne rentrant pas strictement dans les conditions énumérées ci-dessus.

« Par ailleurs, d'une façon permanente et tout spécialement au début de l'instruction, les chefs d'unité exercent sous leur propre responsabilité une surveillance très attentive sur la manière dont les conducteurs s'acquittent des fonctions spéciales qui leur sont confiées. Ils provoqueront d'office la radiation des sujets qui présentent des habitudes d'intempérance. A tout moment, dès qu'ils auront le moindre doute sur l'aptitude physique ou mentale d'un conducteur, ils solliciteront l'examen médical de celui-ci et communiqueront au médecin à

cette occasion les constatations ou les observations qu'il leur aura été donné de faire.. »

*b*) Le personnel navigant de l'air, comprend trois catégories, les pilotes, les observateurs ou mitrailleurs en avion et les aérostiers, enfin les radiotélégraphistes en avion. La sélection des premiers est particulièrement rigoureuse, moins sévère pour les seconds et les derniers avec même pour ceux-ci une latitude assez large dans l'appréciation de l'acuité visuelle. L'examen neuro-psychique est pratiqué dans des centres spéciaux et voici très sommairement résumé le protocole des diverses investigations. Après un interrogatoire soigneux, l'examen du système nerveux est aussi complet que possible : il porte surtout sur les fonctions de coordination et d'équilibration (sensibilité profonde intacte que le pilote utilise constamment pour apprécier sa position, la force de propulsion de son avion, les accélérations angulaires ; épreuves labyrinthiques normales ou à la rigueur hypoexcitabilité légère égale des deux côtés, phénomène constant chez les anciens pilotes). Une prise du réflexe oculo-cardiaque termine cet examen (états vago ou sympathicotoniques éliminatoires).

L'examen psychiatrique permet de découvrir parmi les candidats des hyperémotifs, des instables et des pervers.

Les premiers sont presque toujours dépistés malgré les inconvénients, que l'on retrouve ici encore, de la médecine en série : leur hyperémotivité se traduit par un ensemble de troubles fonctionnels facilement reconnaissables et éliminatoires. Mais la sélection par refus d'engagement doit strictement jouer même lorsqu'il existe des cas limite : il s'agit en effet, d'une spécialisation impliquant, comme nous l'avons vu, la nécessité d'une action individuelle.

Les instables déséquilibrés et les pervers qui affluent dans les régiments d'aviation pour les raisons développées plus haut ne sont pas toujours indentifiés, tant s'en faut. Au cours de stages de perfectionnement, l'attention des médecins-chefs de centres d'examen aéronautique, et de régiments d'aviation a été très vivement attirée sur le gros intérêt du dépistage et de l'élimination précoces.



Telle est dans ses grandes lignes, la participation neuropsychiatrique dans l'effort de spécialisation des jeunes recrues : son importance varie en raison directe de la qualité de cette spécialisation et partant de sa difficulté.

Malgré les très bons résultats actuels (je ne suis pas autorisé à fournir d'autres précisions) ne pourrait-on pas faire bénéficier l'armée des progrès de la psychotechnique ?

Cette question mériterait à elle seule un long rapport. Elle a d'ailleurs été abordée il y a déjà longtemps par le Médecin Colonel des Cilleuls et reprise par le Congrès International de Médecine et de Pharmacie Militaires qui a siégé à Bruxelles en 1935. Ce Congrès a étudié les rapports de l'aptitude physique avec les diverses spécialités des armées de terre, de mer et de l'air. Les rapporteurs français dont le Médecin Général Schickelé n'ont pas manqué de rappeler la nécessité, sauf exceptions, d'exiger pour les spécialistes, les conditions générales d'aptitude au service militaire, mais ils ont insisté sur l'importance toute particulière des facteurs psychiques « la rapidité des perceptions, l'exactitude des interprétations, l'intensité, la correction, l'instantanéité des réflexes, la résistance à la fatigue physique et intellectuelle, la qualité de toutes les facultés qui intéressent l'intelligence, la mémoire, l'attention sont autant de facteurs dont il est impossible de méconnaître le rôle primordial dans l'exercice d'une spécialité ».

Sans vouloir traiter ce problème, on me permettra les quelques réflexions personnelles suivantes :

Parmi les recrues destinées à recevoir une instruction militaire spécialisée, il faut distinguer entre les spécialisations totales (aviation par exemple) et partielles (dans l'infanterie, cavalerie, artillerie, génie).



*a*) Pour les premières, des essais de méthodes psychotechniques ont été faits dans les armées étrangères. Je ne parle pas de l'expérience tout à fait spéciale, de la commission américaine de sélection ayant mis sur pied par ses *Army Mental Tests* une méthode de recrutement d'une armée improvisée, « équitable, simple, invariable dans son mode d'application et universelle » (ce sont les termes employés par la commission elle-même) : les origines des tests mentaux sont bien français et une part prépondérante en revient à Binet et Simon.

Mais je voudrais attirer l'attention sur l'organisation actuelle yougoslave, polonaise, italienne et enfin allemande : l'examen du centre principal allemand par exemple comporte

une épreuve de mimique avec enregistrement cinématographique des réactions à la fatigue et à la douleur, une étude graphologique, une étude des réactions psychomotrices et un examen mental complet (des Cilleuls, Sabrié et Kerny). Dans les pays que j'ai nommés, les méthodes psychotechniques sont en honneur (Yougoslavie, épreuve d'intelligence générale empruntée aux Américains, test X, concentration mentale, constance de l'attention, mémoire visuelle, vitesse du travail mental, etc...).

En France, on réserve simplement pour les cas litigieux les tests de l'attention diffusée avec excitations visuelles et auditives combinées, et on se préoccupe de la régularité des temps de réaction et de leur homogénéité (tests dits classants de Lahy). Ce sont des signes d'appoint réservés en pratique aux sujets appartenant au personnel navigant et soumis à une visite de contrôle (maladie ou accident récent, maladresse habituelle dans la conduite de l'avion).

De part et d'autre on affirme d'excellents résultats. Il est utile de souligner les divergences actuelles de méthode.



Dans le reste de l'armée on n'emploie pas encore de méthode psychotechnique. Est-il, par exemple, indiqué de l'appliquer à titre d'essai au choix des conducteurs d'automobiles ?

Le Laboratoire de la Société des transports en commun de la région parisienne est arrivé à des résultats tout à fait remarquables de sélection des conducteurs grâce à 5 valeurs de classement (suggestibilité motrice, attention diffusée avec excitations visuelles, attention diffusée avec excitations visuelles et auditives combinées, régularité des temps de réaction, homogénéité des temps de réaction) et à l'application de tests dits « consultants » (appréciation des vitesses et des distances et tests d'émotivité par réflexe psycho-galvanique) (Lahy).

Mais on entrevoit la complexité du problème lorsqu'il s'agit d'envisager l'extension de pareils procédés à l'armée (création de laboratoires territoriaux, formation du personnel nécessaire et mode d'application de ce mode de sélection dans le temps). Il convient aussi de remarquer que les difficultés de conduite ne sont pas du même ordre dans les deux cas.

*
* *

Un exemple dans l'organisation de l'orientation professionnelle et de la sélection des engagés nous est donné par le médecin en chef de 1re classe, Hesnard, en ce qui concerne l'armée de mer.

Certains de nos candidats à l'engagement volontaire dans les différentes unités du génie par exemple pourraient fort vraisemblablement par de pareilles méthodes être orientés plus facilement vers des emplois spécialisés.

« Pour les candidats, cette spécialité n'est pas toujours conforme à leurs désirs, encore moins à leurs aptitudes. Tantôt les renseignements donnés à l'intéressé sont incomplets ou erronés, tantôt c'est l'intéressé qui accepte la première spécialité qui lui est offerte ou la dernière offrant encore des vacances. Il se jette ainsi en avant tête baissée. » (Hesnard).

Ceci ne diminuerait en rien au contraire la valeur du choix par le chef de corps intéressé et surtout celle de l'engagement provisoire, « noviciat » que je crois indispensable pour ceux qui sont destinés à compléter les cadres de la future armée de combat.



Je n'ai envisagé que la psychotechnique : la biotypologie qui en est un perfectionnement (Laugier) appelle encore plus de prudence dans les applications militaires. La question est cependant à l'étude (Médecin-Commandant Hugonot).

Les conclusions des rapporteurs du Congrès international de médecine et de pharmacie militaires de 1935 sont les suivantes : « Les méthodes nouvelles d'études constitutionnelles de l'homme sain dont la biotypologie représente actuellement le terme le plus complet, présentent un intérêt certain pour les armées. Jusqu'à ce que ces méthode aient donné la pleine mesure de leur valeur, les divers renseignements qu'elles fournissent ne doivent encore être considérés qu'à titre d'éléments d'information, la clinique et l'expérience restant à la base des décisions à prendre, surtout dans les cas litigieux et difficiles. »



*b*) La question est plus simple, à mon avis, pour les petites spécialisations des armes combattantes.

Ici, deux points de vue dominent, je crois, tout le débat, l'un du temps de paix, l'autre du temps de guerre.

1° Le système de sélection actuel repose entièrement sur les « opérations de la période d'incorporation », examens médicaux et instruction militaire conjugués : une organisation nouvelle, même limitée en ses applications, risquerait de perturber, et peut-être profondément, le recrutement de l'armée d'instruction à une époque où il paraît préférable d'éviter, en cette matière, des expérimentations par trop fondamentales.

2° On a parlé beaucoup d'industrialisation de l'armée. Il faut à mon sens, bien préciser la portée actuelle de cette idée générale. Si la comparaison d'une unité navale à une « usine » me paraît pouvoir être soutenue dans son ensemble, elle est passible de sérieuses réserves si on l'étend à l'armée de terre. Celle-ci ne comporte pas le plus souvent de spécialisations rigides. Même dans l'artillerie, où les servants ont chacun leur rôle de tir nettement défini, l'action au combat exige des remplacements immédiats, sur place et dans le péril.

Dans l'infanterie, au maximum jouent ces improvisations de rôles, et ceci dans les circonstances les plus critiques : le pourvoyeur prend le fusil mitrailleur des mains du tireur qui vient de tomber. Ce que les instructeurs cherchent donc à développer en dehors de techniques suffisamment assurées pour qu'elles fassent partie de l'automatisme d'un homme, ce sont des polyvalences qui ne vont pas sans un certain potentiel intellectuel et surtout affectif et qui fort heureusement sont fréquentes chez le soldat français. La sélection s'opère donc lentement, à longueur de journée, au cours d'exercices de plus en plus complexes. Elle s'applique aussi rigoureusement que la chose est possible à la personnalité concrète de chaque recrue. Elle a fait enfin ses preuves au cours d'une dure et longue expérience de guerre.



Il existe par conséquent dans une troupe instruite une véritable hiérarchie des valeurs, bâtie à la fois sur des spécialisations électives et des polyvalences soigneusement développées.

Notre pensée court d'un bout à l'autre du problème, de l'ensemble harmonisé d'une troupe dont l'effort est tendu vers un but commun aux réactions individuelles de la personnalité.

Mon rapport est terminé. J'ai essayé d'être clair et d'éviter les malentendus : la critique en sera, je l'espère, facilitée.

Si j'ai insisté autant sur l'importance du psychisme, c'est que je crois — et je suis loin d'être le seul — qu'il jouera plus que jamais, malgré toutes les motorisations prévues, un rôle décisif en temps de guerre.

La préparation matérielle est indispensable et doit être poussée à fond, mais la machine est servante de l'esprit. — J'emprunte au passé un exemple et je le prends dans un ouvrage très récent de l'un de nos anciens adversaires : « Les belligérants n'ont compris ce que représentait l'arme à répétition, que dans les premières rencontres de la Guerre Mondiale, une vie d'homme après sa réalisation. Peu après, les sections de mitrailleuses se rendirent compte qu'elles n'étaient pas une sorte d'artillerie, mais une part, et une part importante de l'infanterie ; elles combattirent en étroite liaison avec elle et multiplièrent leur efficacité. »

Et envisageant les possibilités futures, l'auteur conclut : « Le chef militaire doit être modeste, il ne peut rien exprimer de certain sur les succès de ses plans, il ne peut qu'espérer ; s'il étudie la Guerre Mondiale, sa modestie deviendra nécessairement plus profonde : mais trois fois modeste doit être l'homme hardi qui ose penser à ce que sera la guerre dans un prochain avenir.....

« Il ne suffit pas d'étudier l'Histoire Militaire, il ne suffit pas de s'attacher au passé, il faut essayer résolument de voir dans l'inconnu, dans l'avenir. Au risque de se tromper. »

Devant ce redoutable « inconnu », une sélection attentive et hiérarchisée des recrues du point de vue neuro-psychique est bien pour une nation comme la nôtre, l'un de ses profonds éléments de sécurité.

---

# DISCUSSION DU RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

---

M. le Médecin-commandant Aubin, des troupes coloniales. — On ne pouvait exposer la question avec plus de clarté. Elle présente cependant de très nombreuses difficultés et ce travail, pour tous les médecins et les experts, sera d'une utilité quotidienne.

Je n'ajouterai que quelques précisions concernant le recrutement des indigènes, parce qu'elles entraînent un mode d'examen bien particulier.

La première grande mesure qui s'impose est d'éviter la *dissémination des grandes endémies neurotropes :* je pense surtout à la trypanosomiase ; la migration intempestive de quelques individus peut implanter le fléau dans une région indemne. Il importe donc de renoncer à tout recrutement dans les zones massivement infestées, et de ne retenir dans les régions suspectes que les sujets soigneusement examinés du point de vue clinique et biologique. Il faudra ensuite éviter leur stationnement dans les secteurs où sévit la mouche tsé-tsé.

Au point de vue psychiatrique, nous aurons une double besogne à remplir :

Evincer les simulateurs ;
Dépister les dissimulateurs.

Les *simulateurs* peuvent se rencontrer en assez grand nombre, surtout lorsque la main-d'œuvre se fait rare ou qu'elle a été récemment réquisitionnée pour de grands travaux ou de trop importantes demandes de tirailleurs. Il sera par exemple nécessaire de faire décrire par les réfractaires les crises si souvent alléguées et dont on n'aura aucune peine à établir l'origine utilitaire.

Les causes de *dissimulation* de troubles mentaux peuvent être celles que M. Fribourg-Blanc a étudiées. Mais il en est deux qui sont bien particulières aux milieux indigènes.

C'est, d'une part, le désir qu'ont les Chefs de villages (un

peu comme certains pères de famille) de se débarrasser des non-valeurs, débiles et « petits mentaux » de toutes catégories. On s'empresse de les désigner ; parfois l'on substitue aux jeunes gens dont on regrette le départ, quelques-uns de ces indésirables ; et la supercherie que connaissent bien les recruteurs n'est pas toujours facile à démasquer.

Une seconde cause de dissimulation que nous appellerons le « *reniement systématique* » mérite également, en dehors de son intérêt clinique, d'être examinée. On a, en général, beaucoup de peine à faire avouer des antécédents psychopathiques à un tirailleur sénégalais. Il m'est arrivé bien souvent de surprendre un malade en plein délire, en plein onirisme et de noter soigneusement au fur et à mesure de leur développement les paroles, les attitudes, les réactions significatives. Le lendemain, ou même quelques heures plus tard, le malade sorti du paroxysme anxieux, confusionnel, etc., déclare imperturbablement qu'il n'a rien vu, rien dit, rien fait. On a beau lui répéter ses propres paroles, lui rappeler ses actes dans les moindres détails, il nie formellement et en bloc. Le plus souvent, cela signifie que le sujet a conscience d'être ou d'avoir été dans un état anormal (« transgression » au sens ethnologique). Qu'il l'attribue à un mauvais gri-gri, à un envoûtement ou à une maladie quelconque, peu nous importe. Il suffit que ce soit la conséquence d'une opération magique, d'une influence occulte (et la maladie pour lui est souvent de cette origine) pour qu'il soit néfaste d'en parler ou même d'y penser. Le remède héroïque est donc d'en nier systématiquement l'existence ; on évite ainsi d'évoquer et d'attirer les forces malfaisantes qui ont provoqué cet état, et, en le reniant avec fermeté, on se fortifie, on s'immunise en quelque sorte contre lui. Au Congo, dans certaines contrées, tout individu qui a contracté une maladie, dès sa guérison change de nom, déclare que le ci-devant N... est mort et n'a plus aucun rapport avec lui.

Parmi les dissimulateurs, il faut encore ranger les *toxicomanes*, qui peuvent, dans le milieu militaire, se livrer à la plus funeste des propagandes et répandre dans des races indemnes, l'usage du kif, de l'opium, etc.

Le dépistage des syndromes infectieux, des simulateurs et dissimulateurs, pour donner de bons résultats, doit se faire *le plus près possible de l'habitat*. C'est évident pour les

contagieux dont il ne faut pas semer les germes ; c'est également vrai pour les catégories mentales que les indications des médecins locaux, des infirmiers et vaccinateurs indigènes pourront faire démasquer. Au besoin, une rapide enquête sera possible sur place.

Ainsi, beaucoup plus que pour le recrutement métropolitain, c'est dès la première visite, aux colonies, qu'on fera œuvre utile.

Ultérieurement et surtout pendant les premiers mois après l'arrivée au Corps, le médecin devra s'attacher à déceler les psychopathes, reconnaître par exemple chez les jeunes Sénégalais ceux qui s'isolent, mangent mal, perdent leur bruyante gaieté native, vont et viennent pendant la nuit, dissimulent une arme, deviennent revendicateurs véhéments, hargneux, cherchent à s'enfuir (Bonnaud), car telles sont les réactions presque constantes qui marquent le début des troubles mentaux chez eux.

Le rôle du médecin, du point de vue de l'hygiène mentale, reste ultérieurement considérable dans les Corps de troupes indigènes, mais ce n'est plus notre sujet. Il est cependant une mesure qui fait partie des règles importantes à observer au moment de l'incorporation : c'est d'éviter *l'isolement ethnique,* susceptible à lui seul de rendre inutilisables certains sujets très bien doués mais qui deviennent rapidement tristes, négativistes ou persécutés dès qu'on les sépare de leurs camarades de même origine — *à fortiori* s'ils sont placés parmi des tirailleurs issus de peuplades rivales. Les psychoses réactionnelles ou tout au moins les « réactions explosives », les réactions « de circuit » (au sens de Kretschmer) me paraissent beaucoup plus fréquentes en milieu indigène que chez nous.

Il est, je crois, superflu d'insister sur l'utilité de cette besogne : trop fréquents, hélas, sont encore les drames résultant des troubles mentaux chez les indigènes et qui souvent auraient pu être évités par une collaboration étroite des cadres et des médecins.

M. le Professeur Hesnard (de Toulon). — Les deux questions essentielles de médecine sociale soulevées, dans son remarquable rapport, par mon camarade Pommé, sont : d'une part, la sélection du personnel, c'est-à-dire le dépistage, à fin d'élimination, des « Indésirables », et, d'autre part, ce que

j'appellerai — plutôt que « la répartition du contingent » — l'orientation ou la spécialisation professionnelle, c'est-à-dire le classement des individus, surtout des soldats de carrière, dans les armées, services et spécialités militaires de l'armée moderne, de plus en plus technique et utilisant un appareillage de combat de plus en plus délicat.

En effet, l'aptitude militaire en général doit aujourd'hui se doubler de l'aptitude à se servir d'armes compliquées, à conduire un engin motorisé, à veiller et à transmettre des ordres, à piloter un avion, etc.. Et cette spécialisation technique ne fera que croître, malgré le principe de l'armée nationale et de l'utilisation militaire des masses, surtout même, peut-être, à cause de cette nécessité de sélection au sein des masses.

I. En ce qui concerne *l'élimination des indésirables,* c'est-à-dire des sujets incapables mentalement de rendement militaire (d'abord par invalidité psychique en général, ensuite par défaut d'aptitude technique spécialisée), le problème est simple à l'égard des *invalides mentaux évidents :* criseurs, psychopathes, comme les schizophrènes, grands déséquilibrés et débiles, etc... Mais il est beaucoup plus délicat à l'égard des sujets — les plus nombreux précisément — qui offrent les apparences de la normalité et ne *s'écartent guère de la moyenne* que par leur difficulté d'utilisation professionnelle : petits instables, individus de niveau mental relatif, petits émotifs, amoraux intelligents et petits pervers, petits névropathes et déséquilibrés neurovégétatifs, petits anormaux de l'humeur et du caractère, etc...

C'est là un problème autant sociologique que psychiatrique. Car, de même qu'il y a, en criminologie, des criminels non psychopathes, de même qu'il y a, en psychologie du travail, des déchets professionnels sans tare psychiatrique cliniquement définie, il y a, dans le milieu militaire, des déficients du rendement technique militaire.

II. En ce qui concerne la *spécialisation professionnelle militaire,* non plus seulement d'ailleurs à l'incorporation, mais aussi au cours du service, le problème est étroitement lié à celui de l'application à l'armée des méthodes psychotechniques.

Ici, je me sépare un peu de mon camarade Pommé, qui se méfie de cette application, qu'il a tendance à trouver laborieuse et coûteuse. Mon opinion sur l'opportunité d'appliquer ces méthodes à l'armée française est précise, et je me permets

de la donner ici, ayant aujourd'hui plus de huit années d'expérience de l'essai de ces méthodes dans la Marine militaire.

Les méthodes psychotechniques s'avèrent aujourd'hui précieuses et indispensables dans l'industrie civile et dans toute formation professionnelle un peu poussée. Elles sont, assurément, plus contestables dans leur application aux aptitudes militaires. Mais pourquoi ? — Ce n'est pas parce qu'elles sont impuissantes sur ce terrain nouveau ; *c'est parce qu'elles ne sont pas au point*. Or, tant qu'on remettra à plus tard la réalisation pratique de cette application, la solution du problème ne fera pas un seul pas ; et nous risquerons de nous laisser distancer par les armées étrangères, Allemagne, Italie, U.R.S.S., etc... C'est précisément en appliquant progressivement la psychotechnique à l'Armée qu'on finira par faire une psychotechnique militaire.

Je pense qu'à l'heure actuelle, où l'on organise la sélection professionnelle scientifique de tous les conducteurs d'autobus, des mécaniciens de chemins de fer, des ouvriers spécialisés des grandes firmes industrielles, il est éminemment souhaitable que l'Armée entreprenne à son tour de sélectionner ses pointeurs, télémétristes et télépointeurs, ses conducteurs de char, ses veilleurs et agents de transmission, ses mécaniciens, ses aviateurs, et en prévision du temps de guerre, à organiser des Centres de Sélection, soit fixes, soit volants, du personnel technique de combat.

Je vous donnerai, pour terminer, les grandes lignes de la Sélection-Orientation des Engagés volontaires à leur entrée dans la Marine.



Le principe de ces Centres Maritimes de Sélection-Orientation est de combiner étroitement les méthodes d'appréciation de la valeur professionnelle générale du marin par les tests, d'une part, et de l'autre, les méthodes cliniques utilisées en psychiatrie pour le dépistage de tous les déficients psychiques, depuis les grands invalides mentaux jusqu'aux petits anormaux inutilisables. Il s'agit, en dernière analyse, sous le manteau et avec la collaboration de la psychotechnique, *d'éliminer psychiatriquement tous les indésirables.*

A leur arrivée, tous les candidats à l'engagement dans les ports et tous les hommes déjà engagés dans les centres de

recrutement du territoire, en même temps qu'ils sont mis au courant (par des conversations et des brochures d'information) des diverses spécialités militaires du marin, et soumis individuellement à un interrogatoire sur l'origine familiale, les antécédents policiers ou judiciaires (révélés par l'enquête réglementaire), les mobiles de leur engagement, etc..., sont soumis à une série de tests : tests collectifs d'intelligence, tests individuels comme les temps de réaction, les tests moteurs d'habileté manuelle, etc..., et aussi certains tests dits « spécifiques » destinés à opérer une première orientation vers l'une des spécialités militaires.

Tout individu qui se différencie de la moyenne, soit par des tests mauvais, ou irréguliers, soit par un comportement insolite au cours des épreuves ou durant les premières journées de son séjour à la compagnie — caractère particulier, personnalité spéciale — soit encore par des antécédents suspects ou des mobiles anormaux de l'engagement, est alors mis à part et examiné par le psychiatre : s'il apparaît indésirable, il est proposé pour la résiliation de l'engagement par la voie médicale. S'il est reconnu apte, il est, soit conservé dans la spécialité dans laquelle il a sollicité son engagement, soit réorienté selon un deuxième choix plus en rapport avec ses goûts, sa profession, sa culture pédagogique et surtout ses aptitudes spéciales.

Un tel service, qui compte un personnel spécialisé, mais réduit — un médecin, quelques infirmiers et quelques agents d'exécution non infirmiers (secrétaires militaires, électricien) — fonctionne à Toulon depuis 4 ans et à Brest depuis un an. A Toulon, il constitue près de 5.000 dossiers très complets, permettant de suivre les individus testés au cours de leur carrière militaire et constituant une documentation médico-psychologique de premier ordre.

Son utilité est aujourd'hui reconnue sans réserve par le Haut Commandement qui, par sa large compréhension de nos efforts, a grandement facilité notre tâche. On lui attribue, avec raison, une amélioration indiscutable du personnel, tant sur le plan du rendement technique que sur celui de la valeur morale en général. Ce qui se traduit, en autres heureuses conséquences, par une diminution frappante des clients de nos conseils de guerre.

De son côté, le grand public commence à savoir que la Marine, jadis refuge des anormaux à cause de cette double

réputation d'aventure exotique et de lieu de redressement moral que lui infligeaient lamentablement le cinéma et le roman à bon marché, est en réalité un milieu honnête et sain, dépourvu de détraqués, de têtes brûlées, de vicieux, et auquel les familles françaises n'hésitent plus à confier leurs enfants.

Je n'ai voulu, Messieurs, dans cette trop longue intervention, que vous donner un exemple de ce que le psychiatre cherche à réaliser en milieu militaire, de l'aide qu'il peut apporter au Commandement et de l'influence, de plus en plus précise, qu'il est appelé à jouer dans le perfectionnement de la défense nationale.

M. le Médecin colonel Rouquier (de Nancy). — La haute tenue littéraire du rapport de M. Pommé et l'habileté dont il a fait preuve en le rédigeant ne m'ont point étonné. Je vais me permettre de lui adresser amicalement quelques observations; il s'agit de questions trop importantes pour nous médecins militaires, pour que nous n'essayions pas de mettre au point, en camarades et en collègues, une doctrine, même si l'unanimité n'a pu encore être réalisée, en milieu civil, à propos de questions difficiles. Je commence par la question des crises convulsives d'origine comitiale. Une mise en observation de plus d'un mois pendant lequel on attendra la crise qui ne survient, dans un très grand nombre de cas, pas même une fois par an, ne me paraît pas indispensable. L'interrogatoire seul suffit dans l'immense majorité des cas, complété par l'enquête de gendarmerie dont la valeur n'est que relative. Le seul élément constant de la crise épileptique, en particulier dans les formes frustes, c'est la perte de connaissance avec chute. La constatation de mouvements convulsifs des membres, de mictions involontaires ou de morsures de la langue n'est pas indispensable pour affirmer ce diagnostic. Celle des équivalents, le début pendant la seconde enfance, sont beaucoup plus importants. Comme MM. Chavigny et Briand l'ont depuis longtemps démontré, on peut conserver dans le service auxiliaire des sujets présentant des accidents convulsifs dont l'origine comitiale n'est pas douteuse, à une condition, qu'ils soient extrêmement rares.

Je n'ai pas très bien compris ce qu'il qualifie d'états fonctionnels. Il semble qu'il s'agisse d'un groupe très hétéroclite, dans lequel on pourrait même faire entrer les états

neurasthéniques et psychasthéniques, bien qu'il n'ait jamais été question de traiter ces derniers par l'excellente méthode du torpillage. Si nous restons fidèles à cette dernière, et si nous pouvons affirmer que pas un de nos malades chez lesquels nous avons fait le diagnostic de crises, de contracture, d'anesthésie pithiatique, et qui sont partis guéris de notre service n'ont présenté aucune rechute et ont parfaitement rempli leurs obligations militaires, c'est que nous ne qualifions de pithiatiques que des sujets dont les manifestations morbides entrent exactement dans le cadre défini par Babinski. Nous ne les traitons pas de fonctionnels. Nous croyons, d'autre part, avoir depuis longtemps établi que l'ancienne hémiplégie pithiatique, si consciencieusement étudiée par ce Maître de la Neurologie française, au souvenir duquel nous gardons une filiale affection, est un véritable « caput mortuum ». Les contractures simulant grossièrement l'hémiplégie sont seules pithiatiques. Les autres types d'hémiplégies hystérique ou pithiatique sont des erreurs de diagnostic. Le signe classique de l'orbiculaire des lèvres le démontre incontestablement. On nous excusera de ne pas ajouter de nouveaux exemples à ceux que nous avons donnés à Bruxelles. Les paralysies fonctionnelles d'origine réflexe, sympathique, vasculaire ne sont pas pithiatiques ; elles peuvent récidiver. Il importe au plus haut point de les distinguer des pithiatiques vrais, simulateurs inconscients pour lesquels il faut être impitoyable lorsqu'ils ne présentent pas de troubles mentaux.

Je crois qu'il est prudent de ne pas faire dans notre milieu le diagnostic de la démence précoce, qui comporte un pronostic définitif, et qui ne peut être établi qu'après une mise en observation de plusieurs années. Celui de schizophrénie ne comporte pas de pronostic. Il est commode, puisqu'il évite un diagnostic précis.

M. Porот voudrait, semble-t-il, éliminer de l'armée tous les sujets qui ont fait une tentative de suicide. Je ne suis pas de son avis. Il ne faut pas oublier la vieille chanson dans laquelle il est question de la forêt de St-Germain et se rappeler que nos soldats sont de grands enfants. Il n'y a ici que des cas d'espèce.

Je crains fort que, parmi les émotifs dont il nous parle à la page 21 de son rapport, avec troubles neuro-végétatifs importants, ne se soient glissés quelques sujets présentant des tremblements d'origine extra-pyramidale dont mes manœu-

vres permettent de déceler l'origine organique, quelques petits basedowiens ou para-basedowiens à métabolisme basal non modifié. Ces derniers sont à éliminer de l'armée et n'ont rien de commun avec les émotifs type Dupré, chez lesquels on peut observer des troubles du réflexe oculo-cardiaque ou du réflexe solaire. A propos des engagés, parmi lesquels nous savons depuis longtemps que se trouvent un très grand nombre d'anormaux, je me permets d'émettre les vœux que les pupilles des maisons de correction d'Eysses, Aniane, Belle-Isle-en-mer, du patronage Rollet, etc..., ne soient plus dorénavant autorisés à contracter un engagement volontaire à 18 ans. Bien qu'un assez grand nombre s'amendent et se relèvent, il y en a beaucoup trop qui, après quelques semaines ou quelques mois de service, nous causent de gros ennuis. C'est bien assez de leur laisser faire leur service militaire à 21 ans, et il ne faut pas compter sur la vie de caserne pour compléter les résultats obtenus dans les maisons où ils ont été placés.

Je crois enfin qu'il serait bon d'attirer respectueusement l'attention du Ministre sur l'insuffisance de la formation actuelle, au point de vue neuro-psychiatrique, de nos jeunes médecins militaires. Une sélection attentive et hiérarchisée de ces derniers, cheville ouvrière de l'armée, est bien en effet, pour une nation comme la nôtre, un profond élément de sécurité.

M. le D[r] Th. Simon (de Paris). — ...Rien de plus intéressant que de suivre, page après page, les efforts et les procédés par lesquels l'armée est arrivée à ne plus admettre ou à éliminer les psychopathes indésirables qui risquent de l'encombrer : la série d'étapes qui aboutissent à la réforme des psychopathes inadaptables constitue toute une technique qui fait ressortir combien l'examen des recrues s'est perfectionné à cet égard. Que n'applique-t-on les mêmes méthodes pour protéger notre pays contre les indésirables de l'émigration ; nos asiles seraient moins encombrés, nos populations plus saines.

Me conformant à une coutume assez fréquente dans les congrès mon intervention aura en premier lieu pour but de rappeler des faits personnels.

Avec Binet, en effet, en 1910, nous avions fait, à la Société Médico-psychologique, une communication sur la nécessité d'une méthode applicable au diagnostic des arriérés militaires. Si des polémiques fâcheuses, sur lesquelles je ne veux, bien

entendu, pas revenir, n'étaient intervenues, le travail aurait pu s'étendre. Je voudrais simplement noter que c'était là le premier essai d'application à une armée des tests psychologiques, application dont il a été fait un tel usage par les Américains pendant la grande guerre. Vous savez comment ils ont industrialisé, en quelque sorte, ces méthodes d'examen : formant d'abord tout un corps d'examinateurs, 500 environ ; mettant sur pied des tests collectifs pour sujets dont la langue anglaise était la langue naturelle, et une batterie de tests collectifs sans langage écrit pour leurs émigrants à qui la langue anglaise restait peu familière ; imaginant enfin des corrections, sans doute brutales, mais rapides et objectives, au point de n'exiger aucune intervention du jugement du correcteur. Plus de 100.000 examens individuels et plus d'un million d'examens collectifs de l'intelligence, à la cadence quelquefois de 500 à la demi-heure ; l'arrêt des recrues les plus inférieures avant leur départ pour l'Europe, d'où l'économie d'autant de voyages aller et retour ; la désignation des sujets à adresser à des écoles d'officiers pour leur instruction rapide ; l'égalisation de la composition des compagnies quant au niveau mental des hommes afin qu'on trouvât dans chacune une proportion suffisante de sujets susceptibles de remplacer les gradés qui pouvaient être tués ; des statistiques quant au niveau mental selon les armes et selon les grades, selon la manière de servir des hommes, en rapport avec la délinquance, et enfin avec les professions auxquelles appartenaient ces recrues... un petit volume de Yerkes résume tout ce travail et tous ces résultats, et, en dépit des critiques qui se sont élevées depuis, et dont certaines sont justifiées, il n'est pas douteux qu'il y a eu là une expérience remarquable, et qui, bien probablement, ne sera pas de longtemps renouvelée.

La débilité mentale, écrit le Dr Pommé, se reconnaît vite. J'en suis moins sûr que lui. En tout cas, elle ne se reconnaît peut-être, les cas frontières tout au moins, qu'après des à-coups, que des examens méthodiques auraient pu peut-être éviter. Bref, je pense qu'un médecin militaire doit être au courant des tests de niveau mental et pouvoir les appliquer s'il a le moindre doute ; d'autant plus qu'elles peuvent aussi le mettre à l'abri de la simulation d'états d'arriération que certains sujets peuvent essayer. Seulement, en exprimant ce désir, je sais bien n'être pas en désaccord avec M. Pommé.

Il y a un second point sur lequel je voudrais interviewer M. Pommé, c'est à savoir sur les examens d'instruction que subissent les jeunes recrues. M. Bovet, de l'Institut Jean-Jacques-Rousseau, de Genève, a consacré tout un volume à passer en revue les examens de l'armée suisse à ce sujet. Chez nous ces examens n'arrivent guère à être sérieusement conduits, et c'est une chose que je m'explique mal. Une collaboration du corps médical psychiatrique et du commandement ne pourrait-elle suivre la question de plus près ? Autrement constitués qu'ils ne le sont, construits sur le type des tests d'instruction dont nous avons personnellement établi tant de formules, ces examens pourraient réunir d'excellents documents et de précieuses archives. Je ne veux point toutefois m'y attarder davantage. Ils sont un peu en marge de la question.

S'y rattachent davantage les méthodes de la psycho-technique et de la biotypologie pour la sélection et la répartition des hommes selon leurs aptitudes, méthodes auxquelles M. Pommé fait une allusion rapide dans la dernière partie de son rapport. A travers les lignes qu'il leur a consacrées j'ai cru discerner une pointe de scepticisme que je partage à l'égard des méthodes jusqu'ici publiées, et des résultats dont se targuent les auteurs de ces méthodes, quelles que soient celles qu'ils emploient. J'en profiterai pour indiquer quelle place ces méthodes, comme les tests de niveau mental, pourraient et devraient, à mon sens, occuper dans notre armée. Je dis dans notre armée, car les conditions ne sont point du tout les mêmes que celles de l'armée américaine, improvisée de toute pièce. Nos recrues ne se présentent pas sans qu'on n'ait déjà quelques renseignements sur leurs valeurs. Les examens qu'on peut pratiquer sur les hommes, soit au point de vue physique (répartition selon les types de Kreschmer, de Sigaud et Thoris, ou la biotypologie), soit avec des examens d'instruction et des tests, ne peuvent donc que représenter un supplément d'information. A cet égard il faut bien dire que ce sont des matières dont les services ne sont pas encore fixés avec précision parce qu'elles n'ont pas fait, à ce point de vue, l'objet d'études particulières. Je connais les services que les tests peuvent rendre pour le dépistage d'anormaux et la surveillance de leurs progrès ; je sais les services qu'on peut en attendre dans les écoles et même dans les asiles. En ce qui concerne les professions et les armées nous sommes beau-

coup moins éclairés. Tant qu'une recherche méthodique, rigoureusement scientifique, n'aura pas été conduite dans un terrain limité, une généralisation serait probablement plus dangereuse qu'utile à l'avenir de ces méthodes. La médecine militaire présente cet avantage de permettre l'observation de jeunes adultes, et se trouve, pour des travaux de cet ordre, dans des conditions exceptionnellement favorables. On peut attendre beaucoup d'elles. L'armée est un milieu d'où sont sortis, sur les qualités de la race, des documents extrêmement précieux, et je n'aurai pas été démenti par M. Marin en rappelant qu'il n'y a pas d'étude démographique qui ne se reporte à ces documents. La même rigueur apportée par nos collègues à d'autres domaines qu'à celui de la taille ou des indices rendrait sans doute des services équivalents. Je craindrais seulement que la tâche du Médecin de corps d'aujourd'hui l'occupât trop pour qu'il puisse poursuivre des travaux de ce genre, et dans l'armée, comme ailleurs, il faudrait probablement prévoir des centres spécialisés pour les enquêtes scientifiques.

Relativement à ce même chapitre de la répartition, M. Pommé semble enfin pratiquement préférer une méthode que j'appellerais volontiers de « sélection progressive ». J'en ai rapporté des Etats-Unis deux exemples qui m'avaient beaucoup frappé, notamment dans les industries comme celles de l'électricité ou du téléphone. Le procédé consiste en une série d'épreuves en liaison étroite avec les étapes qui se présentent dans l'acquisition du métier. L'individu ne passe dans un groupe plus avancé que lorsqu'il a franchi les épreuves des étapes antérieures : c'est en somme une sorte de *sélection continue* et probablement la meilleure méthode, de même qu'elle serait vraisemblablement préférable dans les écoles à un examen unique de soi-disant orientation.

A cet égard les tests ont rendu un autre service, qu'à mon sens on ne met en général pas assez en lumière, et qui consiste à habituer les esprits, et ceux des examinateurs en particulier, à la nécessité de la précision et de l'objectivité.

Tout ce qui précède n'est qu'un chapitre, peut-être secondaire, dans les règles à observer pour l'incorporation des recrues. Le grand problème, à côté de celui des psychopathes, est celui des instables, et je clôrai cette intervention par quelques remarques à ce sujet. En premier lieu, et c'est la

seule petite critique que je puisse adresser à M. Pommé, je n'ai pas vu qu'il ait mentionné dans son rapport les séquelles d'encéphalite léthargique. Lorsqu'il s'agit de séquelles d'humeur et de conduite sans séquelles neurologiques, le diagnostic est vraiment très difficile. Or n'arrive-t-il pas que le régiment se heurte aux perversions acquises par ces malades ?

En second lieu il existe, de façon incontestable, des jeunes gens que ni l'armée ni la marine n'ont avantage à admettre. Je me demande toutefois si, dans cette nécessité d'élimination, quelques psychopathes ne risquent pas d'être victimes, car il semble bien que l'engagement offre aussi, à l'égard d'un certain nombre de sujets, des succès non douteux. Dans un certain nombre d'affections, d'autre part, M. Pommé a fixé quelques éléments de diagnostics entre les formes graves ou légères et, par suite, quelques règles quant aux réactions à en attendre. J'ai, à cet égard, beaucoup goûté ce qu'il écrit notamment des hystériques et des émotifs. On aimerait donc trouver aussi une description, ou tout au moins un schéma, des traits susceptibles de guider dans le groupe des instables.

Enfin, dernière remarque, liée au reste à la précédente, on emporte de ce silence même une leçon de modestie. Car la sélection ici se fait par les antécédents ou par ce que j'appelle la *méthode de l'essai,* et M. Pommé a analysé, avec beaucoup de finesse, les mille et une petites difficultés d'acclimatement qui se présentent pour une jeune recrue, particulièrement pour un instable, tant au régiment même que dans la ville de garnison. Seulement il faut attendre la réaction de l'homme à ces situations particulières pour découvrir s'il est ou non susceptible de s'en accommoder. Nos examens extemporanés restent incapables de nous faire connaître les bons ou les mauvais. Il y a donc là un gros effort à faire. Je ne doute point que l'expérience de nos collègues militaires ne nous apporte quelque jour, sur ce point, les éléments qui nous manquent, et que les tests de caractère, imaginés jusqu'ici, demeurent encore hors d'état de nous donner.

M. le Professeur A. Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce, Paris). — Il était utile que la délicate question de la sélection psychique du contingent, dont les divers aspects ont déjà donné lieu à de nombreuses études, fut envisagée dans son ensemble et fit l'objet d'un rapport soumis à la discussion de notre Congrès. Seul un médecin militaire ayant vécu l'exis-

tence des corps de troupe, en temps de paix et en temps de guerre, ayant pu observer ensuite les psychopathes à l'hôpital et dûment averti des exigences du commandement, était qualifié pour aborder un tel problème. Le Professeur Pommé, tout désigné pour cette tâche, s'en est acquitté de façon parfaite et je tiens à l'en féliciter chaudement.

Je n'ajouterai rien à son beau rapport. Mon intervention n'a d'autre but que d'affirmer notre parfaite concordance de vue sur ce problème qui intéresse au plus haut point la santé morale de l'Armée.

Qu'il me soit permis seulement d'insister sur quelques points du rapport qui méritent, à mon sens, une particulière attention :

1° C'est la *difficulté d'adaptation* de ceux que Pommé dénomme « *les fonctionnels* ». Tous simulateurs ayant été dépistés et nettement mis à part, il est incontestable que les pithiatiques avérés ne peuvent rendre que de piètres services dans les unités combattantes. Leurs manifestations, si elles sont aisément curables et ne présentent en elles-mêmes aucun danger sérieux, sont essentiellement récidivantes, car elles répondent à un fond mental bien difficile à modifier. Le problème si délicat du pithiatisme est toujours à l'étude. La requable discussion du Congrès de Bruxelles de 1935, comme le signale Pommé, n'a pas épuisé la question. C'est qu'au-delà des manifestations neurologiques du pithiatisme et de l'étude de plus en plus serrée de leur mécanisme, il y a le terrain sur lequel elles se développent. A la base de ces troubles il existe un fond mental dont Babinski lui-même reconnaissait l'existence et que, dans sa rare honnêteté et dans sa grande modestie de savant, il laissait à d'autres le soin de définir et d'analyser. Il nous a appris à guérir les troubles apparents du pithiatisme qu'il avait su réduire à leur juste valeur, mais il n'a jamais prétendu modifier le psychisme antérieur des pithiatiques. Ceux qui ont eu le privilège et le grand honneur de suivre l'enseignement de Babinski savent que ce maître considérait qu'il y avait chez ces malades un autre problème plus difficile à élucider que le problème neurologique. Il a laissé aux psychiatres le soin de le résoudre.

2° *A propos des schizophrènes.* M. Pommé se félicite de la liaison qui s'établit toujours entre le médecin d'hôpital et les familles dans les cas de schizophrénie avérée. Le fait est

exact, mais ne serait-il pas souhaitable que cette liaison précédât l'entrée dans l'armée et ne serait-il pas possible de perfectionner encore la sélection au conseil de révision ? La Commission médicale, dont l'institution est parfaite en son principe, laisse encore beaucoup à désirer dans son fonctionnement pratique, en ce qui concerne les malades mentaux. Il y aurait un intérêt primordial à ce qu'une liaison permanente soit assurée entre les dispensaires d'hygiène mentale, les centres de dépistage des enfants anormaux et les conseils de révision, par l'intermédiare de chaque Préfecture. Cette liaison n'est pas irréalisable. L'établissement du livret sanitaire individuel, si souvent proposé, s'est heurté à des difficultés matérielles qui en ont entravé la réalisation. Il est d'ailleurs à craindre que ce livret resterait très incomplet quant aux tares psychiques que les familles cherchent le plus souvent à dissimuler. Mais il semble que, sous forme strictement confidentielle, les centres d'hygiène mentale pourraient signaler automatiquement aux Préfectures, sous une modalité qui ne serait pas impossible à établir, l'intérêt de l'examen psychique des recrues dont l'état paraîtrait justifier cette mesure. Ces sujets seraient alors classés par le conseil de révision dans la catégorie des « Bons en observation » et dirigés pour expertise sur les centres de Neuro-Psychiatrie avant leur envoi au corps.

3° M. Pommé rappelle que parmi les engagés volontaires, à côté des bons éléments, il existe tout un lot de « laissés pour compte » de la vie civile. Je me permets d'insister sur la fréquence chez eux de la *dissimulation* des troubles psychiques. Le dépistage de cette dissimulation requiert une grande expérience et une attention soutenue. C'est au cours de la vie régimentaire et à l'occasion de ses exigences quotidiennes que se révèlent le mieux les tares psychopathiques des recrues et Pommé a justement noté que « l'hôpital n'est pas toujours le bon milieu d'observation ». La *collaboration éclairée des chefs et en particulier des gradés subalternes,* est donc indispensable au médecin pour ce dépistage des anormaux. Un contact permanent et une unité de vue doivent unir sans cesse le service médical et le commandement.

4° Notons enfin que *l'épreuve du milieu réactif* ne saurait être prolongée sans danger, même pour les petits déséquilibrés, en cas de manifestations morbides répétées de ces sujets. *Il ne faut pas attendre les conflits graves avec la disci-*

*pline* avant de prendre une décision médicale. J'ai insisté à diverses reprises sur les difficultés qui se présentent pour le médecin à l'égard des délinquants traduits devant le Tribunal militaire en raison de la fâcheuse confusion qui s'est établie entre l'inaptitude au service et l'irresponsabilité pénale. Ces deux termes ne devraient jamais être liés l'un à l'autre. Vous savez pourquoi et je n'y reviendrai pas. Une bonne prophylaxie mentale dans l'Armée doit se proposer d'éviter ces conflits toujours difficiles à résoudre. La surveillance attentive du médecin, s'il sait prévoir, peut dans une large mesure les écarter. Sans aller jusqu'à la mise en réforme, de petits moyens, tels qu'un changement d'unité, pris d'accord avec le commandement, peuvent souvent favoriser l'adaptation au service.

Il importe d'ailleurs de signaler à ceux qui reprocheraient aux médecins de mettre à l'abri du feu les tarés mentaux et de faire tuer à leur place les braves gens, qu'en cas de guerre, les sujets que nous faisons classer dans une unité non combattante ou qui sont versés dans le service auxiliaire, ou même réformés, seraient revus dès le début d'un conflit et affectés à une formation mieux adaptée à leurs capacités. Qui pourra du reste se vanter, dans un futur conflit, d'être vraiment à l'abri des coups avec l'intensification des tirs à longue portée et le danger permanent de l'aviation de bombardement ?

Le but essentiel de la sélection est de mettre chacun à sa vraie place. Ce doit être la préoccupation primordiale du médecin.

M. le D[r] Frantz Adam (de Rouffach). — J'ai lu le beau rapport du médecin lieutenant-colonel Pommé avec le triple intérêt que devait lui prêter un psychiatre qui est, en même temps, médecin de réserve et *frontalier*. Je me permets de formuler ici, en témoignage de cet intérêt, les quelques remarques que m'a suggérées cette lecture.

Une critique de détail tout d'abord. Le rapporteur semble admettre que les tentatives de suicide sont à considérer comme une cause absolue d'élimination de l'armée ; je présume qu'il a voulu parler du suicide de caractère nettement pathologique car, s'il en était autrement, il deviendrait véritablement trop facile à des sujets dépourvus de sens moral d'échapper à la conscription en simulant quelques tentatives de se détruire. Je me suis, il y a deux ou trois ans, absolu-

ment opposé à la réforme définitive d'un jeune matelot s'étant tiré une balle dans la tête pour des raisons sentimentales ; réformé temporairement, il a depuis lors achevé son service sans incidents, et, ayant épousé la jeune personne qui fut à l'origine de ce drame, il mène une existence absolument normale. On ne doit pas, selon moi, sous prétexte d'éviter des campagnes de presse auxquelles on attache beaucoup trop d'importance, céder à *toute* menace de suicide. A l'occasion de deux ou trois cas de suicides survenus dans des casernes, il m'a été donné de constater que les sujets ayant vraiment l'intention de se détruire ne font part de cette intention à personne et arrivent de ce fait à leurs fins demeurées imprévisibles.

Je voudrais aussi insister sur les services que peut rendre la *Commission médicale* créée il y a une douzaine d'années et devant laquelle peuvent demander à comparaître, immédiatement avant la séance du Conseil de Révision, les jeunes gens qui se croient atteints d'une affection nécessitant un examen approfondi. Ces Commissions, constituées des deux médecins militaires faisant passer la révision et d'un médecin civil, prennent connaissance de toutes les pièces produites par l'intéressé et procèdent collectivement à un examen du sujet. Or, j'ai vu présenter à ce savant aréopage un garçon ayant un énorme raccourcissement de la cuisse, voire un malheureux qui, du fait d'une électrocution, avait perdu les deux mains !!! Par contre, des conscrits ayant fait un ou deux séjours en sanatorium révèlent la chose devant le Conseil même, sans produire parfois le moindre certificat ou les radiographies qu'ils disent avoir chez eux ! Il serait donc bon que familles, magistrats municipaux, et même médecins praticiens, soient avertis de l'existence de ces Commissions et sachent que ce ne sont point les estropiés, mais les malades à lésions difficiles à déceler au cours d'un examen rapide, qui doivent être présentés.

Pour en revenir aux sujets présentant des tares mentales, je dirai que cette année même j'ai eu la surprise de voir le Conseil accepter comme bon pour le service un jeune garçon déjà trois fois interné dans mon service et qui, depuis, y a été admis une quatrième fois. Or, il est bien évident que si le maire de la commune s'était donné la peine de signaler le fait, les médecins militaires n'auraient jamais accepté un tel sujet qui, d'ailleurs, aurait pu être présenté devant la

Commission médicale s'il lui répugnait de voir discuter son cas en public.

Une photographie dont je fais circuler des exemplaires dans la salle vous révèle les stigmates graves que présente un autre sujet également reconnu bon pour le service au printemps dernier. Vous pouvez notamment constater que, chez lui, le pavillon de l'oreille droite n'existe qu'à l'état rudimentaire ; il n'y a pas de conduit auditif et on peut même se demander s'il y a une oreille interne. Quoi qu'il en soit, cet individu, qui a déjà fait de nombreuses fugues, commis des actes sexuels répréhensibles, allumé plusieurs incendies, fut récemment examiné par mon directeur et ami le docteur Prince, et est actuellement interné ; or, je crois que s'il avait été présenté à la Commission médicale, éclairée sur son passé, il n'eût pas été reconnu apte au service militaire. J'ouvre ici une parenthèse pour révéler que ce pervers, érotique, je vous l'ai dit, ne présente que des testicules excessivement rudimentaires et vient augmenter le nombre des cas, tels que ceux que j'ai déjà rapportés devant la *Société suisse de psychiatrie,* d'individus pratiquement *stérilisés* commettant cependant des attentats aux mœurs.

Ceci dit, et au risque de paraître me contredire moi-même, ou de m'entendre dire une fois de plus que je me révèle plus militaire que les militaires, je voudrais répéter ce que je disais notamment au Congrès de Blois, à l'occasion d'une communication du docteur Folly, à savoir que s'il est certes des individus de valeur intellectuelle insuffisante qui ne doivent pas être incorporés dans des unités où ils constitueraient un poids lourd à la remorque du contingent de recrues normales, il ne faut point cependant éliminer trop facilement des sujets qui, en cas de guerre, peuvent cependant être utilisés. Il serait en effet vraiment lamentable, et contraire aux intérêts de la Nation, que l'élite de la jeunesse fasse tous les frais des sacrifices à consentir pour arrêter et refouler un envahisseur. Comme le fit si justement ressortir en une conférence fameuse, faite avant guerre à Saint-Maixent, celui qui fut le maître de toute une génération, le professeur Régis, c'est aux chefs, officiers ou sous-officiers, de s'efforcer d'utiliser au mieux des intérêts du Pays des individus « arriérés légers, nerveux », capables de subir « l'heureuse et efficace influence » (tous ces mots sont de Régis), de la discipline militaire ; d'utiliser en tout cas les individus physiquement

aptes à servir, et *musculairement* capables (si j'ose dire) d'alléger la tâche pénible du combattant.

Les Bidasse et autres Bécasseau sont utilisables aux Armées ; et s'il est parfois pénible, en temps de paix, de les voir trénailler un peu godiches « au Jardin des Plantes, devant les singes qui font la grimace », ou dans l'enceinte de nos expositions que fréquentent les étrangers qui peuvent faire entre certains de nos soldats et les leurs des comparaisons qui ne sont pas toujours à notre avantage, il faut, dès le temps de paix, plutôt que de céder à la paresseuse solution qui consiste à demander à nos confrères militaires d'en débarrasser l'armée, voir à les utiliser. C'est ce qu'ont fait les Allemands qui constituent des unités de travailleurs qu'ils groupent sous le nom d'*Armierung*. Ceux qui, comme moi, ont vu à Verdun ou dans la Somme les splendides bataillons de l'Infanterie, l'éternelle sacrifiée, décimés au cours de corvée, avant même d'avoir été engagés, partageront ma manière de voir.

Le professeur Pommé dit très justement dans son rapport, que « deux points de vue dominent tout le débat, l'un du temps de paix, l'autre du temps de guerre ». Je demande à ceux qui ont écouté l'exposé de son très beau rapport de ne point l'oublier et de penser intensément dès le temps de paix à l'effort énorme qu'il nous faudrait fournir en temps de guerre.

M. le D[r] René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine). — Après avoir félicité le rapporteur, M. le Médecin lieutenant-colonel Pommé, de son remarquable exposé, M. René Charpentier rappelle tout ce que le Congrès doit à la collaboration des médecins des différentes armes de la Défense Nationale et combien importante fut leur contribution, soit par les importants rapports dont ils furent chargés par le Congrès, soit par leurs communications ou par leurs interventions dans les discussions. Tout en se défendant de vouloir les citer tous, il tient à rappeler, parmi les disparus : le médecin général Simonin et le médecin colonel de réserve Régis, et, parmi les vivants, pour l'Armée de Terre : M. le médecin général Chavigny, M. le médecin général Jude, M. le médecin colonel Fribourg-Blanc, M. le médecin lieutenant-colonel Rouquier ; pour la Marine : M. le médecin en chef de

1[re] classe Hesnard et M. le médecin en chef de 2[e] classe Artur; pour les Colonies : M. le médecin colonel Reboul.

Il exprime le vœu de voir l'un des médecins des différentes armes de la Défense Nationale appelé à la présidence de l'une des prochaines sessions du Congrès.

### *Réponse de M. le Professeur* Pommé, *rapporteur*

Le Médecin-Commandant Aubin a judicieusement élargi le sujet en apportant une intéressante contribution à la question du recrutement colonial indigène.

Le rapporteur exprime au Médecin en Chef de 1[re] classe Hesnard son admiration pour l'organisation qu'il a créée et développée ensuite avec succès. Il est d'accord avec lui lorsqu'il affirme la nécessité de la réalisation de méthodes psychotechniques militaires. L'armée métropolitaine en est encore au stade des études et des essais : de par sa constitution même, elle doit en effet agir avec prudence, en suivant son rythme propre.

En dehors de l'identification des diverses formes de démence précoce (1), à propos desquelles quelques divergences persistent après discussion, le Médecin Lieutenant-Colonel Rouquier est revenu sur la question des états fonctionnels qui l'intéresse vivement depuis plusieurs années ; mais il conviendra en toute cordialité, avec le rapporteur, que l'accord n'a pu se faire sur ce point au Congrès de 1935 et qu'il s'agit ici, par ailleurs, de définir les règles médico-légales applicables en pratique journalière.

Le Médecin Lieutenant-Colonel B. Pommé assure M. Simon de sa gratitude pour la grande et bienveillante attention avec laquelle ce dernier a lu et commenté son rapport. Il rappelle l'importance des travaux français de 1910 sur les tests d'arriération et reconnaît bien volontiers, entre autres lacunes, que les examens d'instruction des jeunes recrues à leur arrivée au Corps ne donnent pas toujours des renseignements suffisants.

---

(1) A ce dernier point de vue, les observations de jeunes recrues réformées en milieu militaire et évoluant ultérieurement dans les hôpitaux psychiatriques ont une valeur indiscutable.

Par ailleurs, la méthode de sélection progressive et continue, telle que l'a si heureusement définie le Vice-Président du Congrès, est en effet celle qui est actuellement pratiquée dans l'armée métropolitaine ; elle n'est nullement en contradiction avec la possibilité d'essais psychotechniques dans certaines armes ou unités spécialisées.

Le Médecin Colonel Fribourg-Blanc est remercié pour son intervention qui montre la continuité dans l'armée métropolitaine de l'enseignement neuro-psychiatrique auquel, avec sa haute conscience, il a consacré au Val-de-Grâce de longues années de travail.

Le rapporteur est heureux de constater combien M. F. Adam s'intéresse aux questions d'ordre militaire ; il précise sa pensée quant aux tentatives de suicide, insiste sur la portée pratique du classement dans le service auxiliaire et revient sur l'importante question de l'utilisation, en temps de guerre, des réformés du temps de paix.

En terminant, le Médecin Lieutenant-Colonel B. Pommé exprime sa reconnaissance à M. René Charpentier qui a montré, avec son autorité habituelle, la pérennité de l'effort du Service de Santé Militaire tout entier en matière de médecine légale neuro-psychiatrique.



# COMMUNICATIONS DIVERSES

## COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

### A propos d'une forme clinique d'encéphalite psychosique

par MM. HAMEL et EDERT (de Maréville-Nancy)

Les importants travaux de MM. Marchand, Toulouse et Courtois, sur les encéphalites psychosiques, ont introduit en pathologie mentale une notion particulièrement féconde, à savoir : que certains syndromes mentaux peuvent avoir pour substratum anatomique des lésions d'encéphalite, lésions parfaitement décrites par les auteurs. Les conséquences d'ordre pathogénique, pronostique et thérapeutique qu'entraîne l'acceptation de la notion d'encéphalite psychosique sont d'un intérêt capital sur lequel il serait superflu d'insister.

D'après leur évolution, Marchand et Courtois classent les encéphalites psychosiques en formes aiguës, subaiguës et chroniques ; leur début pouvant être marqué par l'une ou l'autre de ces trois formes.

Les encéphalites aiguës répondent cliniquement au délire aigu des classiques ; l'azotémie est considérable et le pronostic le plus souvent fatal. Les lésions histologiques seraient surtout d'ordre dégénératif et l'aptitude du cerveau à réagir de façon identique à des causes provocatrices différentes jouerait le rôle prédominant dans le déterminisme de cette affection (1).

Les formes subaiguëes groupent des syndromes mentaux

(1) MARCHAND. — Considérations sur la pathogénie de l'encéphalite psychosique aiguë. Importance de la réaction cérébrale individuelle. *Congrès de Zurich*, 1936.

variés : confusion aiguë, manie, mélancolie, délire de persécution et d'influence..., etc. Elles guérissent souvent, mais sont sujettes à récidives. Leur diagnostic est difficile si le début de l'affection n'a pas été marqué par un épisode aigu.

Les formes chroniques posent le problème non résolu de la démence précoce par encéphalite chronique dont le diagnostic différentiel avec la démence précoce constitutionnelle est impossible d'après les seuls caractères du syndrome mental.

Bien qu'à la suite du rapport de M. Marchand au Congrès de Rabat partisans et adversaires aient dans leurs publications précisé certains points, il n'en reste pas moins qu'actuellement il persiste des inconnues importantes concernant tant la pathogénie et l'étiologie des encéphalites psychosiques que le diagnostic clinique et biologique de leurs formes subaiguës et chroniques.

Nous voudrions, dans cette note, préciser les caractères d'une variété d'encéphalite subaiguë qui :

1) par son début aigu à symptomatologie à peu près constante ;

2) par son évolution particulière ;

3) par sa fréquence relative, nous a paru revêtir une certaine individualité clinique. Nous ne pensons d'ailleurs pas être les seuls à avoir observé cette forme qui a été observée par d'autres psychiatres.

C'est à l'aide des observations recueillies dans notre service et en nous plaçant uniquement sur le terrain clinique que nous nous proposons d'aborder la description de cette forme.

Il s'agit, dans la majorité des cas, d'adultes jeunes de 20 à 30 ans chez qui, soit brusquement, soit succédant à une courte phase d'inquiétude, se montre un épisode aigu confusionnel. On retrouve toujours dans les jours qui ont précédé le début de la maladie du surmenage physique, des émotions, parfois un certain appoint éthylique (jeunes recrues nouvellement incorporées).

Si on analyse la symptomatologie de cet épisode initial, on est d'emblée frappé par la gravité de l'état général. La fièvre est assez élevée (39°, 39°5). La courbe de température est assez caractéristique ; elle ressemble à la première partie de celle que Marchand et Courtois ont publiée dans leur livre (1).

(1) Marchand et Courtois. — *Les Encéphalites psychosiques*, p. 32.

L'examen somatique est entièrement négatif. On ne note aucun signe de localisation viscérale ; on a l'impression d'une septicémie, mais les recherches effectuées dans ce sens se montrent négatives. Il n'y a aucun signe d'insuffisance hépato-rénale, et les signes neurologiques sont absents ou minimes ; ce sont le plus souvent des trémulations, des myoclonies, quelquefois il existe des signes discrets de méningite (légère raideur de la nuque).

Dans les urines il n'y a ni albumine, ni glucose, ni acétone, même à l'état de traces. On ne note aucune modification dans les taux d'élimination de l'urée et des chlorures ; ce dernier en particulier n'est pas abaissé.

Les examens du liquide céphalo-rachidien sont normaux. Quant au sang, on constate qu'il existe toujours une hyperazotémie moyenne (de 0,60 à 1 gr.).

Le tableau mental est particulièrement typique ; il répond en effet à celui de la manie confuse. Il est caractérisé par la présence constante d'un état confusionnel, mais sans ralentissement psychique, sans torpeur intellectuelle ni dépression; au contraire, on note de l'excitation cérébrale revêtant le type maniaque ou hypomaniaque.

Les troubles psychosensoriels sont inconstants, épisodiques. Les idées délirantes souvent polymorphes sont mobiles et transitoires. L'agitation motrice est d'intensité variable.

Cet épisode aigu, qui ne dure que quelques jours, comporte dans son diagnostic différentiel : 1° l'élimination des états confusionnels symptomatiques des infections aiguës (fièvres éruptives, fièvre typhoïde, grippe, oreillons, etc.), des grandes intoxications exogènes (alcool, éther, opium) et des auto-intoxications (asystolie, insuffisance hépato-rénale des sujets agés) ;

2° l'élimination de la confusion mentale primitive idiopathique. Dans cette maladie l'excitation psychomotrice est rare ; l'obnubilation, le ralentissement psychique sont plus marqués ; la température est le plus souvent normale avec tout au plus un très léger fébricule. Enfin la constatation d'une azotémie normale est caractéristique ;

3° l'élimination de la bouffée délirante polymorphe est facile, l'état général est moins gravement atteint et la confusion moins marquée.

*Rien à cette période initiale ne permet de dire si l'on a affaire à une encéphalite psychosique aiguë ou si l'affection*

*évoluera comme une encéphalite psychosique subaiguë.* En effet, comme nous l'avons déjà dit plus haut, la courbe de température est superposable à celle des formes aiguës de l'encéphalite psychosique aiguë et d'autre part nous n'avons jamais trouvé, aussi bien dans les formes aiguës mortelles que dans les formes évoluant vers la guérison, que des taux d'urée sanguine oscillant entre 0,90 et 1,20.

L'évolution de cette forme peut se faire vers la mort ; c'est l'exception. Les symptômes décrits précédemment augmentent alors d'intensité. La température qui était revenue à la normale remonte brusquement ; le malade présente alors le tableau de l'encéphalite psychosique aiguë ; l'urée sanguine augmente progressivement, mais n'atteint pas les taux élevés signalés par Marchand. Dans nos cas nous avons trouvé des chiffres oscillant entre 0,95 et 1,20.

Le plus souvent, l'évolution se fait vers la guérison ou la rémission. C'est d'abord l'état physique qui s'améliore. En quelques jours on assiste à la disparition de l'hyperazotémie, la température baisse rapidement ; mais notons dès maintenant qu'il persistera de temps à autre de petits clochers à 37°7, 37°8. L'appétit revient et le poids augmente.

Quant à l'état mental, il peut évoluer vers la guérison suivant deux modes : 1° Il y a disparition progressive de la confusion mentale avec persistance ou aggravation du syndrome maniaque ou hypo-maniaque qui évolue alors pour son propre compte vers la guérison en 6 semaines à 4 mois.

2° Il y a prolongation des troubles mentaux et l'apparition de symptômes de démence précoce : indifférence, impulsivité, inertie fait porter un pronostic redoutable qui ne se vérifie pas, car guérison ou rémission provoquées peut-être par le traitement surviennent après 8 mois, 12 mois et plus de maladie.

L'un de nous (1) a déjà publié à la Société de Médecine de Nancy des observations de malades répondant à cette évolution.

Les récidives de cette forme existent certainement. Nous n'en avons pas remarqué jusqu'à ce jour chez des malades que nous avions traités lors de leur premier accès, mais nous

---

(1) Hamel, Lalanne, Chavarot. — A propos d'un cas d'encéphalite psychosique. *Société Médicale de l'Est,* 10 avril 1935.
Hamel, Edert. — Considérations thérapeutiques à propos d'un cas d'encéphalite psychosique. *Société de Médecine de Nancy,* 12 mai 1936.

en avons observé deux cas chez des malades qui, lors de leur premier accès, n'avaient jamais été soignés dans notre service.

C'est justement à propos de ces récidives que l'on peut être tenté de faire un rapprochement avec la névraxite épidémique. Certains auteurs sont enclins à croire qu'il faut rattacher l'encéphalite psychosique à l'encéphalite épidémique. Cette relation est niée par Marchand. Notre opinion est conforme à la sienne ; toutefois, il semble possible qu'il s'agisse d'une affection dont l'évolution, comme celle de la maladie de Von Economo, est indéfiniment prolongée, ce qui permettrait notamment d'expliquer les récidives. L'existence d'un syndrome de démence précoce, à début par accès d'encéphalite psychosique, suivi ou non de rémission, trouverait son explication dans cette hypothèse. On comprend alors l'importance pronostique d'un traitement bien conduit.

Ce dernier peut se schématiser en trois périodes :

1) *Phase aiguë :* le traitement est actuellement bien précisé, c'est celui de l'encéphalite psychosique aiguë. Avant toute chose, il comporte l'emploi précoce d'antiseptiques généraux (urotropine, septicémine, salicylate de soude, iogol). C'est à ce dernier que nous donnons la préférence pour des raisons que l'un de nous a déjà exposées (1). Nous l'administrons par voie intraveineuse à raison de 25 à 50 centigrammes par jour suivant la gravité des cas.

Nous renforçons l'effet de cette médication par la thérapeutique adjuvante classique : tonicardiaques, strychnine, alimentation artificielle, sérum sous-cutané, balnéation, etc... Pour calmer l'agitation et combattre l'insomnie de nos malades, nous voudrions signaler les heureux effets de l'emploi du sérum bromuré en solution à 10 0/0 qui a l'avantage sur les barbituriques de ne pas intoxiquer l'organisme. Nous l'administrons à la dose de 1 gramme de bromure de sodium en solution à 10 0/0 associé à l'iogol en injection intraveineuse.

2) *Phase d'évolution subaiguë :* la thérapeutique par les antiseptiques généraux doit être continuée longuement. Par exemple, par série de 20 ampoules d'iogol à 0,25 tous les mois.

L'apparition de signes discordants faisant redouter une

---

(1) Hamel, Lalanne et Michel. — Les Encéphalites psychosiques et leur traitement. *Revue Médicale de l'Est*, 15 août 1934.

évolution du type de la démence précoce sera combattue par une méthode de choc. Nous employons l'huile soufrée qui nous permet de déclancher en moyenne 8 accès. L'anémie consécutive à cette médication sera souvent évitée par l'absorption par voie buccale d'extraits hépatiques. Les bons résultats de cette thérapeutique ne sont plus à démontrer.

3) Nous pensons, et c'est là une hypothèse que nous nous proposons de vérifier, qu'il y aurait un intérêt majeur à prolonger le traitement antiseptique par l'iogol (ou d'autres produits analogues) pendant les premiers mois ou les premières années de la rémission, malgré la possibilité d'une guérison réelle. L'emploi de cette médication nous paraît indiqué à titre préventif pour éviter une récidive toujours possible et à plus forte raison si l'on se trouve en présence d'une amorce de rechute.

Nous avons en effet observé à maintes reprises les excellents résultats de cette thérapeutique au cours des périodes d'exacerbation des troubles nerveux et mentaux de l'encéphalite épidémique (surtout dans le syndrome parkinsonien). Trois ou quatre séries de 20 injections de iogol séparées par 15 jours de repos entraînent généralement une énorme amélioration de l'état du malade dans tous les domaines.

L'analogie est à retenir aussi avec le traitement chimique post-malarique dans les rémissions de la paralysie générale. Nous croyons que tout sujet apparemment guéri, avec quelquefois un léger déficit apparent d'un accès d'encéphalite psychosique, devrait bénéficier d'un traitement de ce genre.

## Discussion

M. le Dr L. Marchand (de Paris). — Les observations de mon excellent collègue Hamel m'ont particulièrement intéressé et m'engagent à vous soumettre quelques réflexions.

Un de ses cas concerne une forme prolongée d'encéphalite psychosique aiguë avec ce caractère spécial qu'un syndrome maniaque secondaire a fait suite à la phase confusionnelle initiale. J'ai observé des exemples semblables et le diagnostic d'excitation maniaque simple était porté par ceux qui ignoraient le début de l'affection. Il est important de souligner l'intérêt de tels cas au point de vue nosologique. Chez ces malades, quand ils guérissent, on note une amnésie lacu-

naire totale portant sur la phase confusionnelle. Mais le pronostic n'est pas toujours favorable. La fièvre peut reparaître après plusieurs semaines d'accalmie et le malade succombe en quelques jours. Il y a même des cas dans lesquels le sujet guérit, reprend ses occupations et, plus tard, un nouvel accès de délire aigu entraîne la mort. Un de mes malades, pendant la rémission, a pu passer avec succès un examen pour entrer dans l'Administration des Postes. Un an plus tard, il entrait de nouveau dans mon service, atteint d'un délire aigu rapidement mortel.

M. Hamel nous présente une courbe de température se rapprochant de celle qu'avec Courtois nous avons donnée comme exemple dans notre livre. Il note que chez le sujet l'azotémie n'a été que de 1 gr. 10 quelque temps avant la mort ; il en conclut que le taux de l'urée sanguine n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'affection. Cette remarque est juste. Notons cependant que 1 gr. 10 d'urée sanguine représente déjà une azotémie importante et qu'il serait intéressant de connaître les taux de l'urée pendant l'évolution de l'affection, car ce qui importe pour le pronostic c'est davantage la progression continue de l'azotémie plutôt que le taux de l'urée. Reconnaissons aussi que les recherches biologiques ne doivent jamais être séparées des constatations cliniques ; elles ne doivent être considérées que comme un appoint pour le diagnostic et le pronostic.

Quant aux états démentiels secondaires à l'encéphalite psychosique aiguë, ils peuvent revêtir quand ils surviennent chez de jeunes sujets le syndrome de la démence précoce. Je désigne ces états du nom de démence précoce encéphalitique pour les séparer de la démence précoce constitutionnelle. Qu'on leur donne une autre appellation, je n'y vois aucun inconvénient ; mais jusqu'alors c'est le diagnostic de démence précoce que portent les nombreux certificats qui sont établis par les cliniciens qui examinent ces malades à des périodes souvent éloignées les unes des autres en raison de la longue durée de la maladie.

Nous ferons notre profit des considérations thérapeutiques exposées par M. Hamel et qui lui ont donné d'heureux résultats, car la mortalité reste toujours particulièrement élevée dans l'encéphalite psychosique aiguë.

M. le Dr Guiraud (de Paris). — Les cas communiqués par M. Hamel sont très intéressants. Comme l'avait déjà signalé Marchand, les formes graves des encéphalites psychosiques, qui sont des délires aigus, prennent parfois une forme épidémique qui mérite d'attirer l'attention.

A la période initiale, je considère que l'azotémie est d'origine nerveuse ; mais les malades ont une oligurie qui parfois confine à l'anurie. C'est contre elle qu'il faut lutter pour éviter les azotémies très élevées, dangereuses peut être moins par l'urée que par les produits plus complexes de l'autophagie. On doit lutter contre cette oligurie par l'injection intraveineuse glucosée ou chlorurée. L'injection sous-cutanée se résorbe souvent mal. Comme, à cette période, il n'y a pas de néphrite (l'urée de l'urine avoisine 50 gr. par litre, pas de cylindres, pas d'albumine), j'ai dans un cas, non sans hésitation, utilisé avec succès les diurétiques mercuriels ; l'urée est tombée en quelques jours de 3 gr. 80 à 0 gr. 40. Souvent j'ai constaté, à la période initiale, une éruption cutanée dorsale et thoracique consistant en macules rouges multiples de deux ou trois millimètres de diamètre, souvent autour des poils.

Je crois qu'il s'agit à ce moment d'une maladie générale rappelant la grippe et les fièvres éruptives et intoxiquant les centres nerveux et le rein (au début surtout, dans sa fonction d'élimination de l'eau et des sels).

L'hyperthermie initiale décroît en quelques jours, ensuite on observe des infections de sortie, comme dans la grippe par exemple. Souvent on constate des hémorragies : infarctus pulmonaires multiples et aussi hémorragies cutanées. Dans plusieurs cas, j'ai trouvé de nombreux streptocoques dans les infarctus pulmonaires.

Si la diurèse suffisante n'est pas obtenue, l'azotémie progresse jusqu'à des nombres impressionnants et le rein, secondairement lésé, présente de grosses lésions de nature toxique : lyse de tous les éléments épithéliaux, précipitation de produits complexes dans les tubes, albuminurie, cylindrurie. Bien entendu, les diurétiques mercuriels et même la scille ne doivent être employés qu'à la période initiale où le rein est intact.

Du point de vue mental, l'évolution est fonction de la gravité et de la prolongation de l'atteinte cérébrale. Certains malades guérissent en quelques jours, d'autres évoluent vers une démence que je crois différente de l'hébéphréno-catatonie.

M le Professeur Porot d'Alger) confirme la grande fréquence des états psychopathiques aigus fébriles chez les jeunes. Il insiste, au point de vue clinique, sur la fréquence de l'anxiété comme symptôme psychique initial, sur un syndrome aigu de déshydratation très fréquemment rencontré en pareil cas avec perturbations de la chlorémie. Rien ne permet de faire le pronostic de ces états, les plus bénins, les plus légers pouvant à tout moment réaliser le syndrome du délire aigu. Il y a des délires *aigus* et des délires *aiguisés*, des formes longtemps prolongées et à multiples récidives dont il cite quelques exemples. L'hyperazotémie est souvent d'origine centrale, assimilable à certaines hyperazotémies et hyperthermies décrites par les neuro-chirurgiens.

Au point de vue thérapeutique, il reste fidèle à la méthode des « chocs » par doses massives d'électrargol intra-veineux et surtout souligne l'importance et l'intérêt des injections hyperchlorurées associées aux fortes doses de sérum glucosé dans le syndrome de déshydratation.

M. le Professeur P. Combemale (de Bailleul), parfaitement d'accord avec le Dr Hamel, souligne la fréquence plus grande qu'on ne le pense de ces étas aigus, qui entraînent souvent, comme séquelle, soit de la démence précoce, soit un état maniaque. A la période aiguë, le sérum glucosé à 42°, selon la technique de Hyvert et les anti-infectieux, sont les meilleures thérapeutiques à appliquer. Durant la phase consécutive à la période aiguë, s'il n'y a pas de température, l'insulinothérapie doit être essayée. J'y compte quelques succès.

---

# Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien

par M. Georges PETIT,

*Médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine.*
*(Ville-Evrard)*

---

Dans une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, en date du 13 octobre 1916, MM. Guillain, Barré et Strohl ont, pour la première fois, attiré l'attention sur la dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien (hyperalbuminose notable sans réactions cellulaires), observée chez deux malades présentant, d'autre part, des signes de radiculonévrite. Ce syndrome spécial, ajoutaient-ils, paraît « vraisemblablement de nature infectieuse ou toxique » et semble comporter un pronostic favorable.

A quelques semaines de là, MM. Pierre Marie et Chatelain, puis de nombreux auteurs français et étrangers, ont rapporté des observations analogues. MM. Guillain et Barré sont revenus, à plusieurs reprises, sur les caractères d'un syndrome qui porte justement leur nom. MM. Alajouanine, Margulis, Thurel, Hornet, Boudin rattachent à ce groupe les polyradiculonévrites avec diplégie faciale, ainsi que certains cas mortels. Cependant que l'école bordelaise, avec MM. Cruchet et Verger, l'école lyonnaise, avec MM. Bériel, Devic, Péhu, Dechaume et leurs élèves, considèrent ces observations comme des « formes basses » ou des « formes périphériques » de névraxite épidémique, tout à fait analogues aux formes polynévritiques de l'encéphalo-myélite épidémique dont MM. Cruchet, Moutier et Calmettes, dans leur communication princeps de 1917, M. H. Roger, en 1920, etc..., avaient déjà signalé des exemples.

Les recherches systématiques que nous poursuivons —

depuis, maintenant, près de vingt ans — sur les rapports des maladies dites mentales avec les infections neurotropes, nous ont permis de relever de nombreux cas de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien s'accompagnant, d'une part, de signes de radiculonévrite, d'autre part, de syndromes psychopathiques assez accusés pour nécessiter l'internement. Nous avons déjà publié quelques-unes de ces observations avec nos collaborateurs, M. P. Humbert et Mlle D. Martrille (*Annales Médico-psychol.,* février 1931 et juin 1931), ainsi que dans la thèse que nous avons inspirée à cette dernière. Nous nous proposons, dans un mémoire plus étendu, de revenir ultérieurement sur ce vaste sujet, avec tous les détails et développements qu'il comporte. Nous voudrions seulement indiquer brièvement, aujourd'hui, quelques résultats de nos nombreuses observations, faisant remarquer, au préalable, que les malades que nous envisageons ici présentaient tous des réactions humorales négatives, au point de vue syphilis, et qu'ils étaient, d'autre part, indemnes de toutes intoxications ou infections banales appréciables (alcoolisme, saturnisme, botulisme, diphtérie, tuberculose, etc...).

*Liquide céphalo-rachidien.* — Nous n'avons envisagé, bien entendu, que les cas où la *réaction cytologique* ne dépassait pas 1 à 2 éléments à la cellule de Nageotte, cependant que la quantité *d'albumine* atteignait 0 gr. 40, 0 gr. 60, 0 gr. 90 et même 1 gr. 20 dans certains cas graves. Presque toujours, la réaction de Pandy, et souvent celle de Weichbrodt, se montraient en même temps positives. Nous avons constaté assez fréquemment, dans la réaction du *benjoin colloïdal,* l'extension de la précipitation vers la droite dans la zone méningitique (comme MM. Guillain et Barré l'ont d'ailleurs fait remarquer), tandis qu'il était beaucoup plus rare d'observer, dans la zone dite syphilitique, une précipitation de quelques tubes, analogue à celle que l'on observe dans la sclérose en plaques. Notons également que, dans de nombreux cas à évolution favorable, il était frappant de voir se réduire, presque parallèlement, le taux d'albumine, la précipitation du benjoin, les réactions de Weichbrodt et de Pandy. Enfin, remarquons que, dans la plupart des cas, la tension du liquide céphalo-rachidien, mesurée au manomètre de Claude, dépassait 40 cc., atteignant même, quelquefois, 60, 80 et même 90 cc.

*Syndromes polynévritiques.* — Comme il est de règle en psychiatrie où, — nous avons insisté à plusieurs reprises sur,

ce point, — les symptômes et syndromes neurologiques se manifestent, le plus souvent, avec des caractères *frustes, inconstants* ou *dissociés,* qui nécessitent des examens fréquents et systématiques, la plupart de nos malades présentaient des signes de polynévrite légère, le plus souvent localisés aux membres inférieurs. Mais l'abolition des réflexes tendineux avec conservation des réflexes cutanés, l'hypotonie avec ballotement passif des pieds, la douleur fréquente à la pression des masses musculaires ou à l'étirement des troncs nerveux, les paresthésies avec sensations d'engourdissement et gêne de la marche, les crampes accompagnées souvent de douleurs fulgurantes, etc..., imposaient le diagnostic. Plusieurs de nos malades, d'ailleurs, ont présenté des formes neurologiques graves tout à fait superposables aux observations classiques, avec paralysies flasques bilatérales et impotence fonctionnelle complète, troubles des sphincters, paralysie faciale, troubles cardiaques et respiratoires. Dans deux cas, la mort est survenue au cours d'une évolution ascendante analogue à celle d'un syndrome de Landry. Mais, en général, dans la grande majorité des cas, — et nous insistons tout de suite sur ce point, — l'évolution s'est montrée favorable et nous avons noté la régression progressive et souvent la disparition totale, à la fois (nous ne disons pas simultanément), des troubles d'ordre neurologique, et à la fois des syndromes d'ordre psychiatrique, dont l'apparence particulière avait fait craindre, cependant, maintes fois, une évolution chronique.

*Syndromes psychiatriques.* — A notre avis, — et nous formulions déjà cette opinion dans notre rapport au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de 1922, — il n'est point de syndromes psychiatriques pathognomoniques ou particuliers aux infections neurotropes, qui peuvent, comme de multiples observations l'ont établi, réaliser tous les symptômes décrits en pathologie mentale.

En général, certes, l'anxiété, la confusion mentale associée aux hallucinations, pseudo-hallucinations, idées délirantes les plus variées et les plus variables, dominent le tableau clinique, avec un *polymorphisme* sur lequel nous avons souvent insisté. Souvent, se manifeste le tableau clinique de la mélancolie anxieuse, attribuée — quand les malades atteignent la cinquantaine — aux facteurs étiologiques commodes et faciles de la ménopause ou de l'involution présénile. Fréquemment aussi, on note des syndromes mentaux absolument

superposables aux « délires hallucinatoires systématisés », aux « psychoses paranoïdes. » ou à la « démence hébéphréno-catatonique », dont on connaît le pronostic particulièrement péjoratif en pratique psychiatrique. Plusieurs de ces « déments précoces », évoluant déjà depuis plusieurs mois et même parfois depuis plusieurs années, nous ont été adressés avec une étiquette d'incurabilité, affirmée par des aliénistes cependant des plus distingués. Et ces malades voyaient, néanmoins, troubles psychiques et également troubles organiques s'atténuer et même disparaître totalement après un traitement organique plus ou moins prolongé.

*Evolution.* — Si M. Alajouanine et ses élèves considèrent que la notion de curabilité ou d'incurabilité des radiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique ne saurait constituer un élément suffisant de discrimination nosologique, on sait, d'autre part, que MM. Guillain et Barré attachent une importance doctrinale essentielle à la curabilité du groupe morbide qu'ils veulent ainsi individualiser.

Bien que, dans quelques-unes de nos propres observations, l'affection de nos malades ait présenté une évolution très rarement mortelle (mais cependant quelquefois chronique), le plus grand nombre se sont jugées par une guérison totale. *La dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien associée à des troubles nerveux de la série polynévritique constitue donc, en général, dans les syndromes psychopathiques où elle est observée, un élément de pronostic favorable d'autant plus précieux que la formule psycho-clinique pourrait impliquer, classiquement, des craintes d'incurabilité.* Certes, cette guérison qui, dans les cas heureux, s'établit progressivement au bout de quelques mois, peut également se faire attendre plus longuement. Il ne faut point désespérer. Et nous citerons seulement, pour renforcer tous les optimismes, le cas, en apparence désespéré, d'une jeune fille, étiquetée, d'abord, démente précoce, puis devenue paraplégique (avec des troubles bulbaires et une cachexie qui pouvaient faire craindre une rapide issue fatale) et qui, néanmoins, pût récupérer progressivement, après une évolution morbide qui se déroula pendant près de cinq ans, l'intégrité complète de ses fonctions psycho-organiques.

Remarquons, enfin, que, dans nos observations, troubles psychiques et signes d'ordre neurologique se manifestent rarement de façon parallèle. Parfois, comme dans l'observation

citée plus haut, les troubles mentaux ont ouvert la scène, le syndrome neurologique n'apparaissant que près de deux ans après le début. Dans d'autres cas, au contraire, — et souvent après un épisode pseudo-grippal ou une angine rouge banale, — les malades accusent seulement des douleurs fulgurantes des membres inférieurs, des paresthésies avec engourdissement, des crampes, des myoclonies, etc..., plusieurs mois avant que se manifestent les troubles mentaux. Enfin, chez un certain nombre de malades qu'il nous a été possible de suivre plusieurs années après leur sortie, nous avons pu constater la persistance de troubles neurologiques légers (en particulier des aréflexies tendineuses), combinés ou non avec de légers éléments anxieux ou dépressifs intermittents. En somme, dans ce groupe particulier d'observation, nous avons noté les mêmes exemples fréquents de *dissociation psycho-organique* sur les modalités de laquelle nous attirions déjà l'attention, dès 1920, dans les formes psycho-organiques des névraxites épidémiques classiques.

*Thérapeutique.* — Malgré les indications favorables de pronostic sur lesquelles nous insistions tout à l'heure, il nous semble que, dans les syndromes psycho-organiques que nous envisageons, la thérapeutique ne constitue pas un élément superflu d'heureuse évolution. Chez la jeune malade, dont nous rapportions plus haut la parfaite guérison, la seule psychothérapie, tentée d'abord pendant de longs mois, s'était accompagnée d'une aggravation manifeste des troubles mentaux et de l'instauration de désordres neurologiques graves ; troubles psychiques et troubles organiques rétrocédèrent, au contraire, progressivement, sous l'influence de la thérapeutique purement organique, à la fois analeptique et anti-infectieuse, que nous avons l'habitude, en pareils cas, d'instituer et, surtout, de continuer avec persévérance.

*En résumé,* il n'est pas rare d'observer les syndromes psychopathiques les plus variés de la pathologie mentale s'accompagnant de dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et de signes de radiculonévrites. Malgré la formule psychologique de ces états, parfois tout à fait comparables aux hébéphréno-catatonies, aux psychoses paranoïdes classiques, dont la constatation implique d'ordinaire un pronostic d'incurabilité, l'évolution de ces syndromes se montre, en général, favorable, surtout si leur est appliquée une thérapeutique organique appropriée, persévérante et active.

# Phénomènes de balancement psycho-somatique. Expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales tuberculeuses. Rôle du terrain

par M. Henry CHRISTY (du Mans)

---

Quoiqu'ils nous apparaissent actuellement comme d'une grande banalité, les phénomènes de balancement psycho-somatique sont à la base de la plupart de nos actions thérapeutiques et c'est en eux que nous plaçons encore le plus d'espérances.

« Balancement », c'est à-dire alternance de la maladie mentale et de la maladie corporelle, si tant est qu'on puisse encore maintenir ce dualisme qui n'est qu'une commodité du langage médical. Pris à la lettre, le mot balancement sous-entend chronicité de l'état psychopathique qui subit des hauts et des bas, fonction qu'il est d'un autre phénomène. Et tout d'abord que sont ces balancements dans les états chroniques de la maladie mentale ? Sont-ce de véritables balancements, le psychisme normal réapparaît-il en de mystérieuses oscillations que conditionneraient des affections intercurrentes ? Ou bien plutôt ces dernières ne seraient-elles pas des phénomènes éclipsant la maladie mentale ? Dans l'immense majorité des cas, en ce qui concerne les états chroniques, nous pensons que cette dernière hypothèse est la bonne. Au contraire les états psychopathiques aigus, ou tout au moins évoluant depuis peu, sont susceptibles de prendre, sous l'influence d'une affection intercurrente, une orientations favorable dans un sens définitif. Ce phénomène, loin d'être une loi générale de la Médecine, puisque souvent une maladie en complique une autre (la pneumonie ou tout autre affection, chez le diabétique par exemple), ce phénomène dépasse les horizons de la médecine mentale. Des faits comparables à ces balancements se retrouvent

dans maints chapitres de la dermatologie par exemple, voire même de la médecine interne. Le syndrome myocardite chronique, c'est-à-dire le syndrome essentiellement caractérisé par un gros cœur arythmique avec hypertension modérée, évolue vers l'insuffisance cardiaque ; qu'une thrombose cérébrale se produise, laquelle d'ailleurs est une manifestation de l'insuffisance cardiaque, la symptomatologie sera alors aiguillée dans une autre voie ; le malade sera avant tout un hémiplégique avec son impotence motrice et son état mental particulier et au lieu de se débattre dans l'essoufflement le sujet se débattra dans cette symptomatologie pseudo-bulbaire si fréquente. Certes l'asystolie si évidente, si objective ne saurait être masquée ; mais dans ce cas particulier elle semble enrayer cette asystolie. Que de fois à Lyon, dans son service, j'ai entendu M. Gallavardin insister sur ces faits ! Que de fois pouvons-nous le vérifier, ce phénomène, dans nos services psychiatriques où nous avons de très nombreux malades !

En résumé, nous pensons qu'à côté des éclipses de la symptomatologie mentale, éclipses provoquées par des affections intercurrentes, il existe fréquemment des changements favorables (améliorations, voire guérisons) à l'occasion d'affections viscérales. A l'occasion de ces changements, de ces balancements (quoique ce dernier mot ne traduise qu'imparfaitement les phénomènes) que nous voulons considérer comme l'expression d'une chose de la pathologie générale et non de la simple médecine mentale, nous voulons signaler qu'il nous a été donné d'observer de nombreux déments précoces s'améliorant considérablement et même guérissant psychiquement en même temps qu'ils faisaient des tuberculoses évolutives. Les tuberculoses aiguës, granulies, pneumonies caséeuses, broncho-pneumonies tuberculeuses qui comportent un pronostic *quoad vitam* fatal, nous ont fait assister à un curieux balayage de la symptomatologie mentale que la simple poussée évolutive ne donne pas aussi nettement. Bref, plus le sujet fait de la caséose et plus vite avons-nous remarqué, s'évanouissent la discordance, la dissociation intellectuelle, les stéréotypies. La cyanose, la dyspnée, l'hypotension avec tachycardie font renaître en quelque sorte (peu de temps d'ailleurs, car le sujet est voué à une mort prochaine) un psychisme normal. De discordant l'individu devient confus, ou mieux obnubilé, et puis l'esprit se clarifie. Ces affections ne sont pas spécialement douloureuses, si bien que l'hypothèse

de la douleur arrachant le dément précoce à son monde imaginaire, à son autisme, ne peut dans ce cas être soutenue. D'autres affections très graves, telles que pneumonies, grippes dites infectieuses, ne réalisent pas ce balayage psychopathique ; l'hyperpyrexie ne peut être invoquée comme mécanisme d'action.

De ces faits nous voulons essayer de tirer quelques interprétations.

Nous pensons d'abord que les démences précoces traduisent des intoxications du système nerveux auxquelles l'organisme oppose de solides défenses. C'est parce qu'il se défend bien contre telle intoxication, disons par exemple contre une tuberculose à virus filtrant, que l'individu fait une démence précoce et non une méningite tuberculeuse ou des accidents pleuraux, pulmonaires, péritonéaux. Cette notion appartient à plusieurs auteurs ; elle nous apparaît fondamentale. Nous avons dans notre service un jeune dément précoce ; sa psychose a fait suite à une méningite. Soigné à ce moment à l'Hôpital militaire, cette méningite a été reconnue par les médecins qui le soignaient comme de nature tuberculeuse, « bactériologiquement tuberculeuse », est-il dit dans le certificat d'admission. Cette méningite a guéri, mais le sujet a versé dans la démence précoce. Nous pensons que tandis que les psychopathies à évolution non démentielle, les psychopathies périodiques, les bouffées délirantes éclosent à l'occasion d'un fléchissement de l'état général (insuffisance hépatique, dyspepsie, hyposystolie), les démences précoces éclosent parce que l'état général reste bon. Et nous ne craindrons pas de dire que personnellement nous faisons de cette conception un critère diagnostique. Souvent en effet le psychiatre est des plus empruntés et se dit : « Ce malade qui n'est qu'au tout début de sa maladie, est-ce un périodique ou un dément précoce ? » Les critères psychologiques ne sont pas suffisamment sûrs ; il n'existe point actuellement de critère neurologique satisfaisant. L'atteinte de l'état général, la perte de poids en particulier nous apparaît en faveur des états périodiques ; la conservation de l'état général nous semble un signe de démence précoce. Bien entendu cette remarque n'a de sens que lorsque le psychopathe est au début de sa maladie ; ultérieurement sous l'influence du refus d'alimentation on sait combien le dément précoce se cachectise.

Nous pouvons bien nous poser cette question : Que fait le

dément précoce, inconsciemment cela s'entend, pour guérir ou essayer de guérir de sa maladie ? Inconsciemment dis-je, car si on m'objectait qu'il ne fait rien du tout, et qu'il se plonge avec délices dans son autisme, je serais bien en droit de dire que tel diabétique heureux de son excellent appétit fait de la polyphagie comme mode de défense. Les exemples abondent et surabondent en médecine interne de ces réactions défensives: telle l'hypertrophie cardiaque secondaire au barrage périphérique, telle la pleurésie séro-fibrineuse qui bloquera le poumon malade, telle la respiration de Kusmaul qui essaye de faire de l'alcalose..., etc., etc. Eh bien ! je ne serais pas éloigné de croire que certains faits de négativisme, en particulier le refus d'alimentation, sont des réactions défensives. Je viens d'observer une jeune fille catatonique, gâteuse, qui pendant plusieurs années a été nourrie à la sonde et qui est spontanément revenue à un état mental quasi normal. Quoique ses souvenirs de sa période catatonique ne soient pas tous très précis, interrogée sur le pourquoi de son refus de s'alimenter elle me répond : « Je sentais que je ne devais pas manger. »

Si l'on pense que le jeûne est un facteur d'acidose, que les tuberculoses évolutives et graves éclosent souvent sur un terrain acidosique, ne pourrait-on pas penser que ce déséquilibre humoral est une modalité évolutive de la démence précoce ? Nos recherches en cours sur la réserve alcaline mesurée avec l'appareil de van Slycke, pas assez nombreuses actuellement, ne nous donnent qu'une impression mais une impression confirmative. Le choc thérapeutique (autre que le coma déclenché par l'insuline dont nous ne voulons pas parler parce que nous n'en n'avons pas encore l'expérience), le choc n'est-il pas un facteur d'acidose ? Quand nous disons que par la fièvre que nous allumons nous exaltons les défenses de l'organisme, ne disons-nous pas une chose imprécise et inexacte ? Personnellement je pense que le choc rend le patient plus vulnérable à l'infection diffuse et imprégnante. Nous avons déjà publié l'histoire de cette démente précoce qui après le traitement par choc a fait un érythème noueux, puis une pleurésie séro-fibrineuse et qui depuis plus d'un an est guérie et travaille. Après le choc elle était si pâle, si asthénique, alors qu'en pleine discordance elle était superbe de santé physique que nous pensons que notre thérapeutique a fait fléchir sa résistance contre une tuberculose qui ne faisait que lécher ses centres nerveux ; et gravement atteinte par une tuberculose

qu'elle a d'ailleurs surmontée, tout s'est passé comme si cette maladie diffuse et bénigne s'attaquait plus profondément à d'autres appareils.

Ces faits qui ont fait l'objet de discussions, il y a quelques années, à la Société Médico-Psychologique, sont nous le savons bien connus. Si nous en avons donné une compréhension que d'aucuns pourront juger hâtive, nous pouvons bien penser que nous ne connaissons rien des mécanismes naturels qui essayent de s'élever contre la démence précoce et je crois très sincèrement que bon nombre de thérapies sont marquées de trop d'empirisme et sont trop éloignées de cet immuable principe : connaître les combats secrets que la nature mène contre la maladie pour les diriger, les canaliser, les exalter, et les atténuer quand ils dépassent leur but.

---

# Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique

par MM. Henri Roger et Joseph Alliez (de Marseille)

---

Si l'on considère la place que tient actuellement l'hystérie infantile dans les discussions des Sociétés médicales, on constate qu'elle est peu souvent à l'ordre du jour, tandis qu'elle avait fait l'objet de nombreux travaux vers la fin du siècle dernier. Un rapport y avait été consacré par Bézy au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1897, avant la révision de l'hystérie suscitée par Babinski.

En 1929, Heuyer écrivait dans les Archives de Médecine des enfants : « Je crois que c'est avec la plus grande prudence qu'il faut porter le diagnostic d'hystérie chez l'enfant, actuellement on n'en voit plus guère. » Cependant, Tixier manifestait sa surprise et rappelait que Hutinel en avait observé de nombreux exemples dans sa carrière et il en rapportait trois observations détaillées et typiques.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'histoire d'une fillette de 12 ans qui pose ce problème.

La fillette, Y... Y. âgée de 12 ans, est la deuxième enfant d'une famille de trois sœurs ; elle a toujours été orgueilleuse, susceptible, avec une tendance à l'anxiété, tandis que ses sœurs ont un caractère plus normal. Des fautes d'éducation, imputables à des parents faibles et eux-mêmes légèrement entachés de névropathie, ont encore aggravé ces dispositions natives.

Les troubles nerveux actuels ont succédé à une série d'incidents digestifs qui remontent à mai 1935. A cette date la fillette fait un ictère franc qui nécessite une cure à Vichy.

A la rentrée des classes d'octobre 1935, la fillette est très déçue parce qu'elle doit redoubler sa classe, et se trouve en retard sur ses anciennes compagnes, et au même niveau que sa sœur. Peu après elle éprouve des angoisses nocturnes et présente des mani-

festations d'aérophagie qui l'obligent à interrompre à nouveau ses études. L'été 1936 amène, durant deux mois, une sédation complète des troubles : en septembre l'enfant est adressé à Châtel-Guyon, mais dès son arrivée dans cette ville d'eau, un médecin déclare que la cure n'est pas indiquée et propose une appendicectomie préalable. A partir de ce moment l'enfant se plaint de douleurs épigastriques de plus en plus violentes ; elle se tord, se roule par terre. L'intervention est déconseillée par un pédiatre marseillais lors d'une consultation ultérieure. Mais la fillette continue à se plaindre de son estomac.

En octobre 1936, de retour chez elle, l'enfant se met à pousser tous les quarts d'heure environ, en dehors des périodes de sommeil, de véritables hurlements stéréotypés de une à deux minutes de durée, sans que son visage exprime une réelle souffrance. Un isolement incomplet dans une maison de santé médico-chirurgicale n'améliore nullement cet état. L'alimentation, déjà réduite, se restreint de plus en plus. L'enfant ne prend que du lait. Son poids, qui était de 33 kilogs fin mai 1936, tombe à 28 kilogs.

La famille vient consulter à nouveau à Marseille un pédiatre et un gastroentérologue. L'examen clinique et radiologique ne décelant aucun symptôme organique elle est adressée à l'un de nous qui, après un examen neurologique absolument négatif, conseille l'isolement. Les parents hésitent quelques jours au cours desquels les hurlements deviennent incessants. Il s'agit de cris intenses et prolongés que la malade pousse toutes les deux ou trois minutes en se mettant brusquement à genoux sur son lit, les mains jointes et les yeux clos. La fillette indique tantôt la région épigastrique, tantôt la région appendiculaire comme siège de sa douleur. Ces cris très aigus, de caractère déchirant, créent une atmosphère hallucinante dans la famille ; ils cessent heureusement la nuit où la malade dort d'un sommeil un peu agité.

Les derniers jours apparaissent des contractures variables et facilement réductibles, membre inférieur droit fléchi, membre inférieur gauche en abduction extrême avec flexion du genou. Il existe un léger degré d'onirisme au cours duquel l'enfant prononce quelques mots concernant sa maladie : *appendice, pylore, méchant, peur,* et quelques syllabes sans suite. L'enfant n'absorbe rien et crache ce qu'on veut lui faire avaler. Il n'y a aucun signe de lésion organique du système nerveux. La température est normale, le pouls ample et régulier.

L'isolement en maison de santé est enfin réalisé au début de décembre 1936. Rapidement, après un premier gavage forcé, l'enfant consent à s'alimenter seule et les contractures disparaissent, les cris s'espacent peu à peu et cessent au bout de trois semaines. Mais la fillette se montre alors très raisonneuse et un peu maniérée, fait étalage de ses connaissances médicales, insistant

sur son estomac qu'elle dit être de volume très réduit, son pylore dont le fonctionnement serait défectueux, ses troubles nerveux : « Il n'y a pas d'enfant bien portant à notre époque, comment ne pas être nerveux ? »

Elle même fait un peu de « Puérilisme » si on peut employer cette expression, prenant parfois un langage « bébé », s'amusant à des jeux plus enfantins. Son attention est toujours concentrée sur son tube digestif. L'alimentation reste difficile, malgré la rapidité du « démarrage » au début, et il faut insister à chaque repas pour lui faire absorber une nourriture réparatrice. L'enfant gagne toutefois six kilogs en trois mois (34 kilogs). Il apparaît ensuite des attitudes bizarres : l'enfant marche l'air dolent, tantôt courbée en deux, ou encore en traînant une jambe.

Elle quitte la maison de santé après trois mois de séjour ; elle est envoyée alors dans une station d'altitude. Moins surveillée, elle recommence à s'alimenter de moins en moins. Pendant quelques jours, elle va même jusqu'à la grève de la faim pour éviter le séjour dans une pension d'enfants dont elle a horreur, ne pouvant supporter la prosmicuité de la vie en commun.

Fin avril 1937, quand elle retourne chez elle, elle ne pèse plus que 30 kilogs. L'anorexie persiste, et les restrictions alimentaires s'accentuent. Un nouveau médecin consulté décide de la traiter par des injections d'insuline, et déclare, devant l'enfant, dans un but de psychothérapie fort louable, que l'appétit sera immédiatement rétabli. Par esprit de contradiction dès la première injection, toute alimentation est complètement refusée. A la mi-juin, le poids tombe à 23 kilogs, l'enfant ne consentant à prendre qu'un demi-verre d'eau matin et soir avec une ampoule d'hépatrol. Elle a conservé cependant toute son activité intellectuelle et une partie de son activité physique. Elle s'assied à table, morigène ses sœurs qui ne mangent pas assez, déclare qu'elle n'a pas besoin de s'alimenter, son estomac de très petite taille n'exigeant pas beaucoup de nourriture.

Un nouvel isolement en maison de santé est alors décidé quand nous revoyons cette malade.

En résumé, une fillette de 12 ans se met à présenter, quelques mois après un ictère, des angoisses et des éructations. Quand un médecin croit lui découvrir une appendicite et parle de la faire opérer, elle se met à se plaindre de douleurs abdominales, puis à pousser des hurlements stéréotypés qui ne cessent que la nuit, et à présenter des contractures variables d'allure névropathique. Elle finit par refuser toute nourriture.

L'examen digestif et nerveux ne montrant aucun signe d'organicité, l'enfant est isolée en maison de santé.

Tout le syndrome neurologique disparaît rapidement, l'alimentation est reprise et l'enfant gagne en trois mois six kilogrammes (28-34).

Toutefois, son attention reste concentrée sur son tube digestif, et dès qu'elle retombe dans le cercle familial l'anorexie réapparaît bien plus intense. Une chute de poids à 23 kilogrammes nécessite un nouvel isolement actuellement en cours.

Dans quel cadre faire rentrer ce cas ?

Il nous semble bien que le caractère pithiatique de pareils accidents ne soit pas douteux.

Tempérament orgueilleux, avec quelques tendances anxieuses et imaginatives, déclenchant de premiers troubles par une blessure d'amour-propre (retard dans sa scolarité) puis accentuation après le choc émotif de l'indication opératoire inattendue d'une appendicite. Concentration de l'esprit de cette enfant sur son abdomen aboutissant à l'extériorisation de soi-disant douleurs par des cris devenant bientôt de véritables hurlements pseudo-rythmés, et restrictions alimentaires pour éviter ces douleurs... Au cours de cet état déjà, crises de contractures nettement névropathiques. Disparition assez rapide des contractures et des hurlements par l'isolement en maison de santé et reprise de l'alimentation spontanée dès la première menace de sondage. Perception nette de l'intérêt que l'enfant, très intuitive et vaniteuse comprend qu'on porte à son cas, et pouvant être la cause de la rechute dès le retour dans le milieu familial.

Et cependant, quelques réserves sont à faire.

Un moment, nous avons pu nous demander, lors de la période des hurlements stéréotypés et des contractures, s'il n'existait pas un état diencéphalique, infectieux par exemple. Car on sait la bizarrerie pseudo-névropathique de certains syndromes extra-pyramidaux d'origine encéphalitique. Mais l'absence de toute fièvre, à la période la plus aiguë, la progression et la régression de ces symptômes sous des influences psychogènes, nous ont permis d'éliminer ce diagnostic.

Une autre hypothèse assez voisine doit être également envisagée, pour expliquer le symptôme capital, l'anorexie mentale récidivante : c'est celle d'un trouble hypophysaire. On sait en particulier la parenté qui paraît exister entre la cachexie de Simmonds et certaines de ces anorexies, même dans des cas où les symptômes mentaux paraissent prédo-

minants, une aménorrhée, des troubles de développement génital aiguillent vers une participation endocrinienne importante. Cossa et Bougeant rapportaient récemment l'histoire d'une jeune fille chez laquelle s'intriquaient manifestations pithiatiques et troubles menstruels et où le traitement hypophysaire a donné un excellent résultat, combiné d'ailleurs avec les thérapeutiques classiques. Nous venons d'améliorer nettement une de ces anorexies mentales par l'antélobine (Roger, Paillas et Vague, Société de Médecine de Marseille, mai 1937).

Si un certain groupe de symptômes nous permettent, chez notre malade, de conclure à du pithiatisme, faut-il lui attribuer son anorexie ? Charcot disait que « l'hystérie de l'enfant ne tient pas ». Or ici, au début, la menace de la sonde a permis rapidement la reprise de l'alimentation spontanée, mais il a fallu une longue patience et une surveillance médicale de tous les instants pour que l'ingestion des aliments fût poursuivie. Quand ces injonctions quotidiennes ont cessé, les restrictions alimentaires ont repris de plus belle, et l'amaigrissement est devenu plus considérable qu'auparavant. Il semble donc bien qu'il faille se rattacher à l'opinion de Gilbert Ballet pour lequel pareilles anorexies sont « plus mentales qu'hystériques ».

Mais quel est cet état mental ? Et dans ces anorexies mentales, infantiles ou juvéniles, quelle part faut-il faire à l'état mental, à l'insuffisance hypophysaire, à une épine irritative locale ? Le problème reste toujours, en pareil cas, difficile à résoudre.

---

# La paralysie générale en Tunisie

par MM. Mareschal et Chaurand (de Tunis)

---

A la suite de Régis, qui vulgarisa le dogme de la résistance particulière du système nerveux des Musulmans aux atteintes de la syphilis, la plupart des médecins de l'Afrique du Nord avaient attiré l'attention sur la rareté extrême de la paralysie générale et du tabès chez les Musulmans.

Dans une enquête très complète faite par « le Maroc Médical » dans ses numéros de janvier et février 1934, les plus hautes autorités médicales de l'Afrique du Nord avaient été appelées à donner leur avis et avaient conclu que la paralysie générale et le tabès étaient toujours extrêmement rares en Afrique du Nord et qu'il n'apparaissait pas que ces maladies soient actuellement en augmentation.

Par ailleurs, en Tunisie, M. le Dr Broc publiait que, médecin de l'Hôpital Sadiki depuis 30 ans, il n'avait vu que 3 ou 4 cas de tabès et jamais de paralysie générale. M. le Dr Cassar, médecin du Centre de prophylaxie vénérienne, n'avait vu, de 1919 à 1934, sur 15.960 syphilitiques, qu'un cas de tabès et un cas de paralysie générale, ce qui confirmait l'opinion de son collègue du dispensaire de Tanger, M. le Dr Decrop, qui soutenait n'avoir vu, de 1922 à 1924, sur 32.216 syphilitiques, aucun cas de paralysie générale et 1 seul tabès.

Cependant, nous avons récemment publié « 23 cas de paralysie générale chez des Musulmans tunisiens » (1) et à la discussion qui suivit, M. le Dr Lamarche, Médecin-Chef du Pavillon des nerveux de l'Hôpital Civil Français de Tunis, disait avoir à cette époque dans son service, 5 Musulmans, atteints de paralysie générale, ce qui portait à 28 cas le nombre des paralysies générales connues (dont 16 cas en 1 an). Voilà qui est bien loin de l'unique cas vu en 14 ans par M. le Dr Cassar.

---

(1) *Tunisie Médicale*, mai 1937.

Une étude statistique des 23 cas de l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba nous a semblé intéressante à publier.

Depuis son ouverture (fin 1931) jusqu'à décembre 1936, l'Hôpital de la Manouba a traité 525 aliénés parmi lesquels on distinguait : 45 paralytiques généraux, soit 8,57 % de la population de l'Asile.

Sur 149 Européens, on trouve 17 paralytiques généraux = soit 11,4 %.

Sur 287 Musulmans, on trouve 23 paralytiques généraux = soit 8 %.

Sur 89 Israélites, on trouve 5 paralytiques généraux = soit 5,6 %.

La progression en nombre des paralytiques généraux depuis l'ouverture a été la suivante :

En 1931 ... 2 cas de paralysie générale
En 1932 ... 1 cas de paralysie générale
En 1933 ... 3 cas de paralysie générale
En 1934 ... 1 cas de paralysie générale
En 1935 ... 5 cas de paralysie générale
En 1936 ... 11 cas de paralysie générale (en 7 mois).

En 1936, sur 93 Mulsulmans entrant à l'Asile, nous avons trouvé 11 paralytiques généraux, soit un pourcentage de 11,8 %.

En France, les statistiques correspondantes de Régis sont de 15 %, celles de Debuisson, sont de 13 % (sur 288 malades), celles de l'Asile de la Charité-sur-Loire pour 1930 sont de 15,2 %.

Nous sommes surpris de voir que, malgré la fréquence de la syphilis chez les Européens habitant l'Afrique du Nord, notre proportion de paralytiques généraux européens n'est que de 11,4 %. Nous reviendrons ultérieurement sur ce sujet.

De l'examen de nos 23 malades, il ressort les constatations suivantes :

1° *Age :* c'est entre 40 et 50 ans que la paralysie générale est la plus fréquente (60,8 % de nos cas). Ceci n'a pas été sans nous surprendre étant donnée la précocité de l'infection syphilitique chez les Musulmans.

2° *L'alcoolisme* a été avoué dans la proportion de 78 % des cas. Ceci est un facteur, à notre avis, capital, étant donné la rareté de l'alcoolisme en milieu musulman.

3° *Traitement antérieur :* malgré la difficulté à obtenir de tels renseignements, il semble que sur nos 23 cas de paralysies générales, 5 aient été traités d'une façon certaine, mais les traitements furent insuffisants. Tous les autres malades (sauf 1) n'ont jamais eu la notion de chancre et nient toute syphilis.

4° *Intellectualité :* aucun de nos malades, sauf un, n'ont la moindre culture intellectuelle. Six de nos malades sont des campagnards n'ayant jamais été à la ville. Tous les autres sont des citadins.

5° *Troubles neurologiques associés :* sur ces 23 malades, nous avons diagnostiqué 4 tabès avérés et 3 tabès incipiens. Les signes oculaires de la syphilis nerveuse semblent un peu moins nets et fréquents qu'en France.

6° *Signes humoraux :* 22 ponctions lombaires ont été faites sur nos 23 cas avec des réactions positives indiscutables.

7° *Formes cliniques :* nos malades ont présenté les formes cliniques particulières qui sont :

Forme paranoïde : 4.
Forme expansive : 5.
Forme dépressive : 3.
Forme démentielle : 9.
Bouffée délirante : 2.

(Ces formes avec bouffée délirante nous ont semblé particulièrement sensibles au traitement, et l'amélioration a été très rapide, aussi bien au point de vue clinique que biologique).

*Pourquoi cette différence entre notre statistique et celles publiées jusqu'à ce jour par les médecins de l'Afrique du Nord ?*

1) La plupart des statistiques ont été fournies par des médecins militaires et des syphiligraphes. Or les médecins militaires voient surtout les malades jeunes qui n'en sont pas encore au stade de la syphilis nerveuse. Quant aux syphiligraphes, ils voient surtout des syphilis primo-secondaires, suivent rarement leur malade plus de 4 ans, et, par conséquent, ne peuvent dépister une paralysie générale qui éclatera de 10 à 18 ans après le chancre.

2) La paralysie générale *est un diagnostic de spécialiste :* son polymorphisme est en effet extrême et seule la forme mégalomaniaque avec réactions médico-légales et gros trou-

bles dysarthriques est diagnostiquée par les médecins non spécialistes.

A mesure que les aliénistes sont nommés dans l'Afrique du Nord et dans les autres colonies, le nombre des paralytiques généraux augmente parallèlement, comme cela a été si net dans les Asiles du Caire.

3) *L'impaludation spontanée* des malades vivant en Afrique du Nord a pu jouer un rôle de protection et donner lieu à des paralysies générales larvées dont le diagnostic n'est jamais fait.

La plus faible proportion des paralytiques généraux européens en Tunisie n'a peut-être pas d'autre cause.

4) *L'alcoolisme,* par son développement depuis la guerre, dans les milieux arabes, nous a semblé un facteur de tout premier ordre, dans l'augmentation incontestable du nombre des paralysies générales chez les musulmans.

5) *La fréquence de la forme démentielle et la mentalité arabe semblent jouer un rôle primordial.*

Si la forme expansive de la paralysie générale est la plus connue des médecins, elle semble particulièrement rare chez les musulmans. Le délire est une caricature des tendances normales du caractère : le paralytique général, qui se prétend milliardaire et possesseur d'auto en or, témoigne par là, et à sa façon, de son appétit de progrès matériel. C'est là un trait de caractère qui appartient plus à l'Européen et au Juif qu'à l'Arabe.

Si l'Arabe fait une paralysie générale, elle sera plutôt de forme démentielle, caricature de son goût de la vie contemplative, et ces formes démentielles sont si insidieuses, si lentement progressives et si peu voyantes, que l'on s'explique fort bien qu'elles passent inaperçues.

Prenons le cas d'un indigène musulman de la classe pauvre, et dont la culture n'a jamais été bien remarquable, qui ira s'aviser chez lui d'un affaiblissement intellectuel symptomatique d'une paralysie générale à forme démentielle ?

Que cette maladie frappe par contre un citadin ayant un magasin et des clients. Ces derniers ne seront pas longs à se rendre compte de petites erreurs sur la monnaie, de commandes oubliées, et du défaut de surveillance.

La vie des villes, pas plus que la civilisation, ne prédispose à la paralysie générale, elle permet simplement de dépister plus facilement la maladie. C'est pourquoi les auteurs signa-

lent la fréquence plus grande de la paralysie générale chez les Juifs indigènes, la plupart du temps citadins tenant boutique, se mêlant aux affaires, et dont les défaillances sont immédiatement visibles.

Les Arabes, par contre, dont l'activité sociale est beaucoup moindre, et qui sont naturellement moins inquiets que les Juifs, de leur santé, verront leur démence se développer au milieu de l'indifférence et de l'ignorance des leurs. C'est là un facteur psychologique auquel nous attachons la plus grande importance.

## Discussion

M. Pérussel (de Marseille) est heureux de féliciter le Dr Mareschal de sa communication et de constater que les idées que lui-même a défendu à maintes reprises et notamment au Congrès médical tenu à Tunis en 1934, commencent à pénétrer les milieux psychiatriques métropolitains — à savoir que la paralysie générale n'est nullement rare chez les Musulmans, mais que le diagnostic n'en était pas fait autrefois — et parce que les asiles n'avaient pas ouvert leurs portes en Afrique du Nord et parce que le diagnostic de la paralysie générale, chez les Musulmans Nord-Africains, présente certaines difficultés. D'abord la paralysie générale est le plus souvent à forme dépressive, et les médecins non spécialistes, qui sont plus habitués aux formes expansives, les ignoraient. D'autre part : 1° les réactions pupillaires sont difficiles à apprécier, car la pupille des indigènes tunisiens est très souvent en myosis assez rigide. Est-ce dû à une réaction de défense habituelle vis-à-vis de la lumière solaire ou à une réaction d'origine trachomateuse personnelle ou ancestrale ?

2° Il n'y a pas si longtemps que l'on pratique d'une façon courante des ponctions lombaires chez les indigènes musulmans.

3° Des médecins spécialisés connaissant la langue arabe n'avaient pu jusqu'à ces derniers temps examiner avec fruit le psychisme de ces malades. Et les textes d'affaiblissement intellectuel sont différents chez les Musulmans.

Et c'est surtout à l'asile que l'on fait en milieu musulman le diagnostic de paralysie générale. Quand le nombre de places d'hospitalisation sera plus grand, le nombre de paraly-

sies générales observé sera sensiblement le même proportionnellement que dans les milieux européens.

Je me permets de dire au Dr Mareschal que je ne crois pas que l'alcool soit une raison d'apparition de la paralysie générale mais que je crois surtout qu'il a été à même d'observer à l'occasion de manifestations antisociales d'origine alcoolique, des paralytiques généraux musulmans qui ne lui auraient pas été présentés sans cela.

M. le Professeur Mazhar Osman Uzman (d'Istanbul). — J'ai déjà donné mon opinion sur la paralysie générale en Orient, au Congrès de Bruxelles. Spécialiste depuis trente-trois ans à Istanbul, et Médecin chef d'un Asile de deux mille malades, je compte parmi les entrées de mon service de 8 à 10 0/0 de paralytiques généraux. Ceux-ci sont suivis, sans exception, cliniquement, biologiquement, et sur la table d'autopsie et au laboratoire d'anatomie pathologique. J'en ai observé de toutes les religions, parmi les musulmans, les chrétiens, les juifs, parmi les gens cultivés ou non, qu'ils soient provinciaux ou de la capitale, que ce soient des femmes ou des hommes (j'ai même recueilli plusieurs cas de P.G. juvénile), qu'ils aient été antérieurement soumis, ou non, à un traitement antisyphilique continu.

Je crois que sur ce sujet les auteurs restent sous l'influence d'une tradition qui n'est pas vérifiée. Trente-trois ans de pratique sur des milliers de malades ne m'ont jamais permis de vérifier les notions courantes de : civilisation et syphilisation — d'alcoolisme et d'abstinence — de syphilis à virus nerveux — de prédisposition et de débilité cérébrale, non plus que de justifier les effets supposés du traitement arsenical ni d'une infection paludéenne antérieure.

Mon expérience me permet d'affirmer que la paralysie générale n'est pas rare chez les musulmans ; ce qu'il manque souvent pour diagnostiquer chez eux cette maladie, ce sont les spécialistes et les établissements psychiatriques. Je crois intéressant de signaler que j'ai eu l'occasion de soigner deux paralytiques généraux parmi les soldats sénégalais des troupes françaises d'occupation, au moment de l'Armistice à Stamboul.

M. le médecin commandant Aubin (de Marseille). — En dehors des tests d'authenticité de la paralysie générale qu'a

choisis M. Mareschal, il faut ajouter le test évolutif, car la syphilis chez l'indigène peut donner autre chose que la paralysie générale : les nombreuses formes de syphilis cérébrales qui paraissent aujourd'hui un peu trop négligées. L'alcoolisme peut simuler une partie du tableau somatique, et quant à l'aspect clinique, souvent atypique, il est utile d'en préciser les tableaux.

Dorolle a fait des remarques analogues en Indochine et il considère la paralysie générale comme fréquente ; pour lui l'impaludation antérieure n'a pas d'action prophylactique.

M. le Dr Bargues (d'Agen). — Vous me permettrez de prélever et de mettre en évidence un fait de la communication de mon collègue et ami Mareschal. Il nous dit que 80 % des paralytiques généraux cités sont des alcooliques.

Dans le rapport que j'eus l'honneur de vous présenter mercredi, j'ai insisté sur l'action neuropexique de l'alcool, qui me paraît un des plus répandus des facteurs susceptibles d'une action neuropexique. Des faits cliniques comme ceux de M. Mareschal confirment ces hypothèses.

M. le Professeur Porot (d'Alger) confirme les données apportées par le Docteur Mareschal sur la P.G. indigène. Il n'y a pas lieu d'opposer une négation à une affirmation ; les neurologistes de l'Afrique du Nord n'ont jamais nié la P.G. chez l'indigène. Ils ont simplement souligné sa rareté, et personnellement j'ai pu publier, en 1919, avec Sengès, le premier cas authentique et vérifié humoralement et anatomiquement de P.G. indigène. Depuis, d'autres cas ont été publiés, indiscutables.

Ce qu'il faut souligner, c'est l'*accroissement* indéniable de la P.G. indigène depuis 2 à 3 ans.

Sans doute, l'absence, jusqu'à ces dernières années, de services de rassemblement (Asiles) a gêné beaucoup la prospection, mais, depuis que des Asiles et des Cliniques psychiatriques sont ouverts en Afrique du Nord, on assiste à un relèvement manifeste des cas de P.G., particulièrement depuis 2 ans. J'ai personnellement réuni, en 3 ans 1/2, 25 cas de P.G. indigène depuis l'ouverture de la Clinique Psychiatrique de l'Université d'Alger ; or, la moitié de ces cas sont entrés en 1936.

Je crois prématuré de tirer des conclusions.

*Au point de vue des statistiques,* nos services n'ont encore reçu des malades que par ricochet, si j'ose dire, à l'occasion d'une réaction anti-sociale ; ils ne reflètent pas l'importance proportionnelle des P.G. par rapport aux autres psychopathies. Il faut en outre des vérifications anatomiques plus nombreuses.

*Au point de vue clinique,* je crois que les formes dépressives et démentielles prédominent. Evolution lente, torpidité me semblent un des traits de la P.G. indigène. Les réactions humorales sont souvent incomplètes et ne se démasquent complètement qu'après réactivation.

*Quant aux facteurs pathogéniques,* l'alcoolisation des sujets joue un rôle certain et très considérable. Sur 25 de nos malades, 2 seulement venaient de la campagne ; tous les autres avaient travaillé en France ou à la ville.

Considérons que nous ne sommes qu'au début de nos recherches sur la P.G. indigène ; travaillons ; accumulons les faits et les recherches et, dans quelques années, peut-être, nous pourrons utilement et objectivement jeter un regard d'ensemble sur cette passionnante question ; attendons d'avoir des fondements plus solides et plus stables pour chercher les raisons d'un particularisme ethnique que l'observation scientifique aura réduit à ses justes proportions.

---

# L'héroïnomanie en Tunisie

par M. P. Mareschal (de Tunis)

---

D'octobre 1935 à janvier 1937, il m'a été donné de soigner à l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba (Tunisie) cinquante-deux héroïnomanes arabes et israélites tunisiens sur 200 entrants, soit le quart des malades admis pendant cette période. Ce chiffre énorme témoignait d'une intoxication massive de la population indigène par l'héroïne, intoxication que les journaux locaux estimaient s'étendre à 80 0/0 de la jeunesse tunisienne.

Une étude de cette intoxication m'a semblé pouvoir intéresser le Congrès.

De tout temps, l'arabe tunisien s'est adonné aux toxicomanies, il fumait le haschich sous forme de takrouri ou de chira, buvait des alcools particulièrement violents comme la boukha ou le lakmi et avait même réussi à s'intoxiquer gravement avec le thé ; avant-guerre était apparu l'opium, puis après-guerre la cocaïne.

Il existe en effet entre la mentalité de l'Arabe et celle du toxicomane de grandes analogies : le goût de la rêvasserie, de l'inaction, le mépris de la notion de temps, l'importance toute relative donnée à la vérité, cette conception toute particulière de l'indigène pour lequel acheter à crédit c'est acheter gratis, être condamné avec sursis, c'est être acquitté cette façon enfin de vivre « à la petite semaine » semblent des traits communs à l'arabe et au toxicomane.

L'indigène en effet est un toxicomane né mais jusqu'ici il n'avait pas trouvé son véritable poison : en effet, alcool, haschich et cocaïne sont des excitants ; l'arabe les supporte mal et dans le fond de lui-même, il n'aime pas être excité.

Ce qu'il lui fallait, c'était un poison extatique qui ne demande pas une instrumentation compliquée comme l'opium, qu'on puisse porter sur soi et priser quand l'envie en venait. Aussi, lorsque peu après l'Exposition coloniale, l'héroïne fut introduite en Tunisie, par d'habiles courtiers israélites, ce fut

pour l'arabe une véritable révélation ; c'était le poison qu'il lui fallait, fait pour ainsi dire sur mesure et qui, pratiquement, détrona tous les autres toxiques

L'héroïne, inconnue à Tunis avant 1934, a fait depuis deux ans des ravages particulièrement graves dans la jeunesse tunisienne.

Cette intoxication, qu'il m'a été donné d'étudier de près depuis plus d'un an, m'a semblé présenter des caractères tout à fait particuliers, et très différents en tous cas de l'héroïnomanie parisienne.

1° On ne consomme à Tunis que de l'héroïne, alors qu'à Paris les toxicomanes usent à la fois de cocaïne, de morphine, s'alcoolisent en un mot, montrent un dangereux éclectisme. Le toxicomane tunisien n'est qu'héroïnomane.

2° Cette héroïne est toujours *prisée,* contrairement à ce qui se fait en France, où l'injection sous-cutanée a la faveur des toxicomanes.

Priser est en effet plus facile, ne demande aucune manipulation (seringue, aiguille, etc...)

3° L'héroïne n'est jamais pure, mais toujours additionnée de produits divers destinés à l' « étoffer », c'est-à dire à faire, pratiquement, 2 grammes avec un seul.

4° L'héroïnomanie ne semble pas, comme en France, l'apanage d'une petite portion de la population (monde de la noce, oisifs, prostituées, etc...) mais au contraire de *toutes les classes sociales,* depuis le marchand de légumes ambulant jusqu'au fils de familles caïdales, voire même princières. (La fréquence de l'héroïnomanie m'a paru très nette chez les cordonniers, sans que je puisse en connaître la raison).

5° Seuls les Tunisiens semblent atteints ; mes statistiques personnelles m'ont donné : Musulmans : 65 % ; Israélites : 35 %. Jamais d'Européens.

6° Tous mes malades étaient jeunes, la moyenne est de 22 ans, les chiffres extrêmes étant 15 à 29 ans.

7° Enfin, une particularité spécifiquement tunisienne, c'est le « paquet démocratique » c'est-à-dire la vente du paquet d'un quart ou d'un huitième de gramme, le paquet à 10 fr. ou à cent sous, c'est-à-dire à la portée des bourses les plus modestes.

Cette dernière particularité a un gros inconvénient, qui est la multiplication, l'éparpillement des marchands, donnant ce caractère « protéïforme » au commerce clandestin.

Les malades traités à mon hôpital (un peu plus d'une cinquantaine) ont tous parlé, ils ont tous donné les noms des trafiquants chez lesquels ils se ravitaillaient. Quatre ou cinq noms de gros trafiquants reviennent, toujours les mêmes, dans toutes les déclarations. (Nous les avons indiqués à la police).

Bien que la déclaration d'un toxicomane soit, par définition, suspecte, il semble qu'on puisse accorder un certain crédit aux renseignements suivants :

La drogue s'achéterait à Bizerte, à raison de 16 fr. le gramme, elle serait vendue à Tunis à raison de 42 fr. le gramme (le cours varie suivant l'activité de la police). Encore, la drogue est-elle falsifiée à Tunis et « étoffée » de telle sorte qu'un gramme de drogue pure en faisant deux de drogue truquée, ce qui s'achéte 16 fr. à Bizerte serait revendu 84 fr. à Tunis.

Evidemment, une telle marge de bénéfice permet de s'entourer de nombreuses complicités.

Il est impossible à un spécialiste qui ne voit que des malades d'évaluer leur proportion par rapport à la population saine. Je pense simplement que la jeunesse musulmane, dite intellectuelle, est particulièrement infestée.

Les destouriens, dont j'ai soigné quelques uns (toxicomanes d'ailleurs) accusaient le gouvernement français de favoriser la dispersion de la drogue dans les milieux intellectuels arabes pour anéantir le mouvement destourien. Cette thèse semblait soutenue par eux avec une certaine opiniâtreté. Elle se fondait sur l'insuffisance de la répression et sur la facilité véritablement dérisoire avec laquelle le premier venu pouvait trouver de la drogue dans Tunis. Tous les Musulmans que j'ai vus, sans exception, accusaient la police et la douane de complaisance, sans d'ailleurs apporter la moindre preuve à leur assertion.

*Au point de vue médical :* Par suite de l'impureté de la drogue, de son prix relativement élevé, l'intoxication, qui semble s'étendre à beaucoup plus de personnes qu'en France, est cependant beaucoup moins profonde chez chaque malade. Les désintoxications, qui ne se font en France qu'avec la plus grande difficulté, se font ici très facilement, du moins en cure fermée, la désintoxication en cure libre étant pratiquement impossible.

Jamais je n'ai vu, à l'hôpital, l'état de besoin persister plus de 4 jours après le sevrage ; jamais je n'ai été obligé, comme bien souvent en France, de donner aux intoxiqués un peu de drogue pour parer à des accidents aigus. Tous mes malades, sans exceptions, ont quitté mon hôpital complètement désintoxiqués au bout de 15 jours. Ils avaient tous repris du poids (3 à 6 kilos) et un sommeil normal.

Par contre, tous ceux qui sont restés à Tunis après leur désintoxication ont recommencé à priser après un temps plus ou moins long. Seuls ceux qui, sur mes conseils, quittèrent Tunis, ont guéri.

Le traitement employé pour venir à bout de l'intoxication est, tout d'abord, la suppression totale de la drogue ; ensuite, l'injection sous-cutanée de lipoïdes particuliers (demorphène dans les cas graves, simple huile camphrée dans les cas légers), quelques toni-cardiaques, un peu d'éphédrine et d'insuline dans certains cas, complètent le traitement.

On peut dire que le problème médical de la désintoxication est des plus simples.

Par contre, le problème moral est beaucoup plus délicat.

Lorsque les malades retrouvaient à leur sortie le même milieu, les mêmes relations, la même bande, en un mot, qui les avaient initiés à la drogue, ils rechutaient infailliblement. Mais c'était là une question qui dépassait le cadre médical et qui regardait uniquement les pouvoirs publics.

C'est alors qu'en qualité de conseiller technique, je pris l'initiative d'attirer dans un rapport circonstancié l'attention du gouvernement tunisien sur les ravages de l'héroïne et les dangers que cette toxicomanie faisait courir à la population indigène.

Une commission fut alors réunie qui élabora un projet de décret et le 29 octobre 1936, S. A. le Bey « considérant qu'en « raison des dangers encourus par la population du fait de « l'augmentation du trafic des stupéfiants, il y a lieu de sup- « primer ce trafic... » prit un décret dont nous allons résumer les dispositions essentielles :

1° Emprisonnement de un an à cinq ans, amende de 2.000 à 20.000 fr., interdiction de séjour de cinq à dix ans à tout porteur ou détenteur de substance inscrite au tableau B.

2° Impossibilité au tribunal de faire application de la loi de sursis ou des circonstances atténuantes.

3° Minimum de la peine doublé pour ceux qui auront vendu les toxiques à des mineurs.

4° Minimum de la peine triplé et révocation immédiate si le coupable est un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions.

Ce décret fut mis immédiatement en vigueur et plusieurs toxicomanes furent condamnés *sans appel possible* à un an de prison ferme et à cinq ans d'interdiction de séjour.

Les trafiquants se firent alors plus rares, la drogue augmenta de prix, la police se fit plus vigilante et l'on assista rapidement à une remarquable diminution du nombre des héroïnomanes.

Nous avons voulu attirer l'attention du Congrès sur cette expérience tunisienne parce qu'elle démontre d'une façon péremptoire l'efficacité des mesures de répression légale en matière de toxicomanie et le rôle que peut jouer le médecin dans le déclanchement de cette répression.

---

# « Le contrôle de la pyrétothérapie avec ma réaction »

par M. le Professeur A. Donaggio (de Bologne)

---

La réaction que j'ai décrit en 1931 s'applique à l'urine, et aussi au *liquor*. Elle a donné lieu à une grande quantité de recherches biologiques et cliniques. Parmi les publications qui contiennent aussi la description de la réaction, je rappellerai la « Revue Neurologique », juillet 1933 (Addendum à la séance du 6 juillet de la Société de Neurologie de Paris). D'autres données ont été publiées dans la « Revue Neurologique », n° 5, décembre 1933.

Je me borne à rappeler ici les données qui ont trait aux conditions fébriles.

La réaction de l'urine est positive dans la fièvre spontanée aiguë. Dans la fièvre provoquée avec des injections (par exemple avec la malaria tierce), j'ai trouvé que *la réaction de l'urine (et aussi du liquor) présente la positivité avant l'éclosion de la fièvre.*

La fièvre provoquée par les substances pyrétogènes chimiques (par exemple, le soufre colloïdal) donne lieu à un phénomène inverse ; *la réaction de l'urine présente la positivité après l'éclosion de la fièvre.*

Pour ce qui a trait aux moyens pyréthogènes physiques, je rappelle que j'ai proposé au Congrès de Neurologie de Naples (1931) l'utilisation de la diathermie générale dans le traitement de la paralysie générale (ce qui a conduit à des résultats remarquables dans les mains de Kast-King, de Cortési, etc.).

Dans cette condition de pyrétothérapie, *la réaction positive dans l'urine se présente en coïncidence de l'éclosion de la fièvre,* ce qui a été vérifié par un de mes élèves (Delfini). La pyrétothérapie avec les ondes courtes, ainsi qu'il résulte de mes recherches, donne aussi lieu à une coïncidence entre la positivité de la réaction de l'urine et l'éclosion de la fièvre,

exception faite pour le parkinsonisme encéphalitique, dans lequel j'ai démontré une réaction tout à fait caractéristique : c'est-à-dire que *la possibilité de la réaction se présente avec un retard de 24-48 heures.* A ce phénomène révélé dans le parkinsonisme encéphalitique par ma réaction, j'ai donné le nom de *bradiclasie.*

La réaction permet d'évaluer le degré de la réponse organique vis-à-vis de l'application des divers moyens de pyrétothérapie, réponse qui est différente chez les différents individus : c'est-à-dire que la réaction représente un *contrôle de la pyrétothérapie.*

La fièvre ne suffit pas pour le contrôle de la pyrétothérapie. En effet, j'ai démontré que les *injections de substances pyrétogènes (par exemple, les protéines), peuvent ne pas donner lieu à l'éclosion de la fièvre et faire supposer que la substance a eu un effet négatif, tandis que la réaction, avec l'éclosion de la positivité, démontre un effet positif.* La fièvre n'est pas un élément nécessaire pour la démonstration de l'action des substances dites pyrétogènes : la fièvre est un épisode qui peut ne pas se présenter.

Ce fait, dont l'importance est évidente, se vérifie aussi dans la malariathérapie.

L'inoculation de la malaria tierce dans certains cas ne donne pas l'éclosion de la fièvre : d'ordinaire, l'on fait dans ces cas une réinoculation ; cette réinoculation peut représenter une erreur. Un de mes élèves, M. Delfini, a pu confirmer dans l'application de la malariathérapie le fait que j'ai établi, c'est-à-dire que l'absence de la fièvre ne démontre d'aucune façon l'absence d'action des substances pyrétogènes. De ces recherches résulte que s'il y a des cas dans lesquels l'inoculation malarique ne donne ni de fièvre ni l'éclosion de la positivité de ma réaction, il y a des cas dans lesquels, quoi qu'il n'existe aucune manifestation de la fièvre, et quoique l'examen du sang soit négatif, ma réaction démontre que l'inoculation a réussi. Dans ces cas, ma réaction présente des poussées à type tertianaire ; ces poussées vont cesser avec l'injection des sels de quinine. (V. « *Bollettino della Società Italiana di Biologia Sperimentale* », vol. 10, n° 1, 1935, et n° 4, 1935).

Sans cette révélation donnée par la réaction, on aurait fait une réinoculation dangereuse.

Il est évident que *le contrôle de la malariathérapie avec ma réaction non seulement est utile, mais elle est nécessaire.*

Dans la pyrétothérapie avec des substances chimiques (soufre colloïdal) la réaction permet de contrôler et régler la quantité de substances pyrétogènes qu'on injecte, et d'éviter des décharges excessives en diminuant la quantité de substance pyrétogène.

Aussi, dans la pyrétothérapie physique (diathermie générale, application des ondes courtes), il faut appliquer ce contrôle, parce que les données qui ont trait à l'appareillage ne peuvent toutes seules suffire à révéler la réaction organique qui, dans des conditions égales d'intensité de l'application, est différente chez les divers individus.

C'est par le contrôle de ma réaction que la pyrétothérapie peut être appliquée d'une façon plus rationnelle, et j'ajoute moins dangereuse.

M. le Professeur Pierre COMBEMALE (de Bailleul). — L'exploration si précieuse que la méthode du Professeur DONAGGIO semble permettre d'entreprendre pour apprécier les modifications métaboliques au cours de divers états pathologiques, en particulier de la pyrétothérapie provoquée, est-elle susceptible d'apporter au clinicien une indication pronostique ?

Réponse de M. le Professeur DONAGGIO. — En réponse à la question importante posée par le Professeur Combemale, je me bornerai à rappeler quelques données. Dans certaines conditions, l'insistance de la positivité de ma réaction est une donnée remarquable au point de vue pronostique. Par exemple, des cas traités par la malariathérapie, qui, après l'injection des sels de quinine et la disparition de la fièvre, ont continué à présenter longtemps une positivité évidente et toujours intense « en plateau » de la réaction, ont eu une suite très grave. L'éclosion, à l'improviste, d'une réaction nettement positive, sans fièvre, peut annoncer l'éclosion d'un état infectieux. Déjà, dans l'inoculation malarique, j'avais démontré que la positivité de ma réaction précédait l'éclosion de la fièvre. J'ai constaté l'éclosion de la positivité de la réaction, sans fièvre, deux ou trois jours avant la manifestation de la grippe. M. MIRCOLI a constaté que les récidives du typhus peuvent être annoncées, alors que la fièvre a disparu, par l'éclosion de la positivité de ma réaction. LENZI a trouvé que la présence d'une positivité

intense, 2-3 heures après le pneumothorax, et la persistance de cette positivité dans les jours suivants, est un index qui permet de différer la répétition de l'application du pneumothorax. Franchi a constaté que la réaction est positive dans la période secondaire de l'infection luétique avec manifestations diffuses (papulodermes), et que si la disparition de ces manifestations secondaires n'est pas accompagnée de la disparition de la positivité de la réaction, les récidives sont plus fréquentes. La réaction est toujours positive après l'accès moteur épileptique (on s'en sert pour dépister la simulation). La réaction devrait être appliquée (au moins une fois par jour dans les états infectieux) de la même façon que la température, d'autant plus que la recherche est très facile, et l'on peut réduire la recherche à un seul tube à essai (le tube A) dans le cas où l'on doit appliquer la réaction à plusieurs malades.

---

# « Méthode de coloration et méthodes de réduction argentique dans la démonstration et l'étude du réseau fibrillaire de la cellule nerveuse »

par M. le Professeur A. Donaggio (de Bologne)

---

I) Le réseau fibrillaire démontré par moi dans la cellule nerveuse des vertébrés (1896) et que j'ai opposé (1898-1900) à l'erreur de la méthode de Bethe, qui ne parvient à démontrer ni le réseau, ni la présence de cet épaississement particulier du réseau que j'ai mis en évidence autour du noyau et que j'ai appelé « *cercine perinucleare* », a été confirmé par Ramon y Cajal dans sa première communication sur sa méthode argentique (oct. 1903) sur les premiers résultats obtenus, dans laquelle il déclare avoir constaté l'existence « du réseau décrit par Donaggio ». Ramon y Cajal avait vu mes préparations microscopiques au « Congrès International de Médecine » (Madrid, avril 1903). De même, Ramon y Cajal, dans son discours à Stockolm à l'occasion du Prix Nobel qu'on lui a décerné, a dit qu'on ne pouvait insister sur la doctrine de la continuité entre les éléments nerveux « après la découverte de la méthode Donaggio ».

L'évidence des données obtenues avec ma méthode de coloration a été constatée par plusieurs auteurs. M. Stefanowska, dans son rapport sur la doctrine du neurone, a écrit :

« J'ai eu l'occasion d'examiner personnellement les préparations de Donaggio au Congrès International de Physiologie à Turin (1901), à celui de Bruxelles, au premier Congrès Fédératif des anatomistes : les neurofibrilles et le réseau endocellulaire apparaissent avec une éclatante netteté. » A. Van Gehuchten, dans son « Anatomie du Système nerveux », a écrit : « Donaggio, le premier, s'est élevé contre l'opinion de

Bethe, s'appuyant sur des préparations des cellules nerveuses obtenues par une méthode spéciale de coloration. C'est à Donaggio que revient le mérite d'avoir trouvé la première méthode de coloration élective du réseau endocellulaire. Cette méthode a donné, dans les mains de son auteur, des résultats surprenants de finesse et de délicatesse, ainsi que nous avons pu nous en assurer par l'examen de quelques-unes de ses préparations au Congrès International de Madrid (avril 1903), et à Bruxelles (1904). » Hans Held, dans sa publication sur la génèse des neurofibrilles, a écrit : Dass in Protoplasma des Ganglienzellen der Wirbelthieren ein Netz anastomosierende Fibrillen verkommt, hat zuerst Donaggio angegeben : eine klare Vorstellung seiner Befunde giebt eine in den « Trattato di Fisiologia » von Luciani (Mailand, 1902) aufgenommene Zeichnung einer multipolaren Ganglienzellen. »

Dans des termes semblables s'est exprimé Testut dans la sixième édition de son *Traité d'Anatomie*. C. Golgi, dans son rapport sur la cellule nerveuse au Congrès de Padoue de la Société Italienne pour l'avancement des sciences, a parlé des résultats « universellement connus et obtenus par Donaggio avec ses méthodes spéciales », et a déclaré que les préparations qu'on obtient avec ces méthodes « sont vraiment splendides, et la présence du réseau avec l'épaississement particulier du réseau périnucléaire, on peut la reconnaître avec une netteté qu'on ne pouvait pas désirer plus grande ». Karl Schaffer a écrit : « Donaggio ist als der Begründer der Netzstructur der Nervenzellen leibes zubetrachten. » Mais une littérature étendue existe sur les applications de ma méthode de coloration à l'étude au point de vue aussi pathologique du réseau fibrillaire démontré avec mes recherches. Je dois remarquer que deux jeunes et distingués neurologistes, P. Masquin et J.-O. Trelles, sont tombés dans une erreur évidente dans leur remarquable « Précis d'Anatomie physiologique normale et pathologique du système nerveux central », publié sous la direction de J. Lhermitte, en attribuant la confirmation du réseau fibrillaire, avec la méthode argentique de Cajal, à la période 1890-1900, c'est-à-dire quand cette méthode n'avait encore été trouvée par Cajal : ils ne font aucune mention de ma démonstration. De même P. Cossa dans sa « Physiopathologie du système nerveux » ne rappelle pas mes recherches.

Le réseau fibrillaire endocellulaire préexiste dans la cellule

vivante, selon les résultats récents (1936) des recherches de G. Lévi, Directeur de l'Institut anatomique de Turin ; ce savant précise que l'image du réseau fibrillaire, dans la cellule nerveuse vivante, coïncide avec l'image du réseau fibrillaire que j'ai retrouvé avec ma méthode dans la cellule nerveuse étudiée dans le tissu nerveux préalablement fixé.

II) Les méthodes de réduction argentique (Cajal, Bielschowski), tout en confirmant le réseau fibrillaire obtenu par moi à l'aide d'une méthode de coloration et tout en ayant amélioré les procédés argentiques par l'utilisation d'une substance que, moi, le premier, j'ai indiqué (ce qui est reconnu par Cajal lui-même) pour la démonstration des neurofibrilles, c'est-à-dire la *pyridine*, ces méthodes argentiques donnent une image moins fine et moins complète que celle qui a été mise en évidence par ma méthode de coloration.

Je me bornerai à quelques citations d'auteur. G. Lévi, dans la première édition de son « Traité d'Histologie » (1927), a écrit : « Dans les préparations faites avec la méthode de Donaggio, les neurofibrilles sont, sans comparaison, plus nombreuses et plus fines que dans les préparations faites avec les méthodes de réduction argentique. » G. Marinesco, qui a fait des recherches remarquables avec la méthode de Cajal, surtout chez les animaux jeunes ou nouveau-nés, dans son importante œuvre sur la cellule nerveuse, reconnaît que la méthode de réduction argentique donne des résultats incertains chez les mammifères adultes. Cajal lui-même déclare qu'il préfère ma méthode « quand il s'agit d'obtenir une coloration étendue et régulière des neurofibrilles somatiques dans la moelle épinière des grands mammifères ». Il ajoute que, avec la méthode argentique de Bielschowski, « les neurofibrilles endocellulaires n'apparaissent que très faiblement colorés en un plexus relativement pauvre », et que « la charpente neurofibrillaire est si pâle, qu'il est extrêmement difficile de se rendre compte de la disposition réelle de chaque fibre ». G. Michailow, dans l' « Archivfür Psychiatrie, Bd. 41 », a écrit : « Die Fibrillärmethode von Donaggio gabs uns herrliche Resultate betreffs des Zustandes der Fibrillärapparates in den Nervenzellen des Hemisphärenrinde. Es ist notwendig bei der Beschreibung der ausserördentliche schönen Bilder welche wir bei der Bearbeitung des Präparate nach der Methode von Donaggio erhalten. »

Après quoi, cet auteur constate que les résultats comparativement inférieurs obtenus avec la méthode de Cajal, chez l'homme, dépendent des défauts de la méthode argentique : « ...von der Mangelhaftigkeit der Methodik selbst abhangender Bilder sind, da nach der Methode von Donaggio nicht derartiges erhalten wird. »

III) Les propositions I et II expliquent aussi une conséquence très importante qui se manifeste dans les recherches qui ont trait à la pathologie du réseau fibrillaire endocellulaire des mammifères adultes, l'homme y compris.

A la suite des résultats de l'application de ma méthode de coloration, j'ai formulé une loi de pathologie du réseau fibrillaire endocellulaire des mammifères adultes : *Loi de la résistance du réseau fibrillaire endocellulaire des mammifères adultes vis-à-vis des conditions morbides expérimentales et de très nombreuses conditions pathologiques spontanées.* La résistance ne signifie pas absence de toute modification ; les modifications sont sensibles dans plusieurs conditions, mais elles n'aboutissent pas à la désagrégation ni à la fibrillolyse. Chez les mammifères adultes, au contraire de ce qu'on observe dans les nouveau-nés, on arrive à la fibrillolyse, à travers la conglutination, seulement dans des rares conditions pathologiques spontanées; selon mes recherches, dans les conditions expérimentales, on obtient la conglutination et la lyse chez les mammifères adultes seulement à la suite de certaines actions combinées, particulièrement la combinaison d'une action morbide avec la perfrigération : la perfrigération à elle seule ne modifie en aucune façon le réseau fibrillaire endocellulaire des mammifères adultes, selon la loi de la résistance. Ces constatations m'ont conduit à formuler la seconde loi de pathologie du réseau neuro-fibrillaire endocellulaire des mammifères adultes: *Loi de la vulnérabilité (conglutination et lyse) du réseau neurofibrillaire endocellulaire des mammifères adultes vis-à-vis de conditions particulières d'action combinée, déterminées expérimentalement.* Ces deux lois ont reçu des confirmations étendues par l'application de ma méthode.

Les recherches faites par moi et par plusieurs auteurs dans les mêmes conditions de pathologie expérimentale ou spontanée des mammifères adultes, comparativement avec ma méthode de coloration et les méthodes de réduction argenti-

que de *Cajal et de Bielschowski,* ont démontré d'une façon évidente, que, tandis que les préparations faites avec ma méthodes de coloration présentent le phénomène de la résistance du réseau fibrillaire, les préparations faites d'après les méthodes argentiques font croire à des phénomènes de désintégration granuleuse et de fibrillolyse. L'image *positive* (persistance même avec quelques modifications du réseau fibrillaire endocellulaire) obtenue avec ma méthode de coloration, démontre que l'image *négative* (désintégration granulaire, fibrillolyse) obtenue dans le même cas avec des méthodes argentiques (Cajal, Bielschowski) ne peut pas être considérée comme un document de la destruction des neurofibrilles à cause de la condition morbide, et que l'affirmation de cette destruction ou désintégration est erronée. Les publications de pathologie expérimentale ou spontanée du système nerveux des mammifères adultes depuis plusieurs années sont remplies d'observations sur le réseau fibrillaire endocellulaire faites exclusivement avec les méthodes de réduction argentives de *Cajal* et de *Bielchowski :* on a décrit avec insistance des faits de fibrillolyse, sans aucun contrôle.

J'ai pensé qu'il était nécessaire d'attirer encore une fois l'attention sur ces données objectives, et sur cette situation évidemment dangereuse par ses conséquences pour la connaissance de la pathologie du système nerveux.

# Temps de réaction chez les parkinsoniens post-encéphalitiques

par MM. Paul MICHON, Paul LEICHTMANN et Henry RENAUDIN

---

Ayant eu l'occasion d'étudier, grâce à l'obligeance de nos maîtres ou collègues des hôpitaux, un assez grand nombre de parkinsoniens post-encéphalitiques, nous nous sommes efforcés de disséquer en quelque sorte leur syndrome bradykinétique par des mesures, systématiques et variées dans leurs modalités, du temps de réaction, chaque fois du moins que l'état mental et le développement intellectuel du malade nous permettaient d'espérer des réponses valables.

Quoique cette étude ait déjà été abordée, entre autres par Mendelsohn, Verger et Hesnard, Sanguineti, De Giacomo et Della Monica, elle est loin d'être épuisée.

Nos recherches portent sur les temps de réaction bruts et le temps de réaction visuo-psychique.

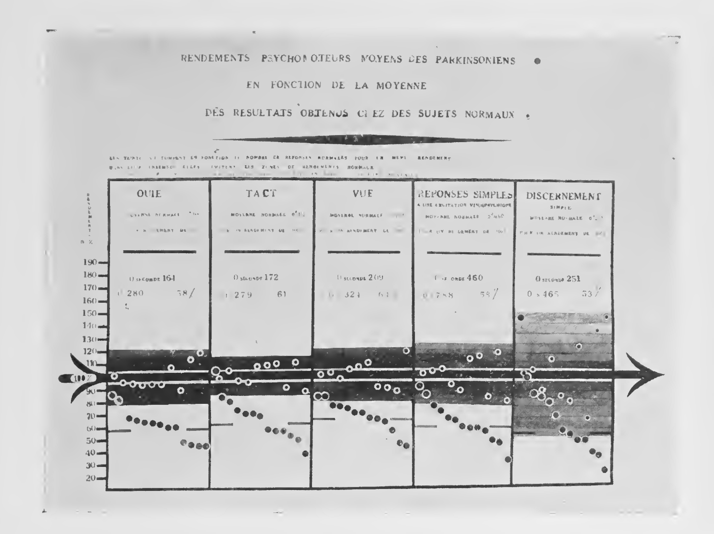
A. TEMPS DE RÉACTION BRUTS. — Il s'agit du temps qui s'écoule entre le moment où le sujet examiné est soumis à une excitation auditive ou visuelle, ou tactile, et celui où il manifeste sa perception par un signal convenu, généralement établissement d'un contact électrique à la main.

M. le Prof. LAMBERT ayant bien voulu mettre à notre disposition l'appareillage du Laboratoire de Physiologie, nous avons mesuré ce temps à l'aide du chronoscope d'Arsonval, puis nous avons fait réaliser par M. CHAIX un chronoscope portatif, à moteur électrique, muni de connexion groupées sous un petit volume et permettant des mesures au lit des malades.

Nous opérions dans le calme complet, faisions quelques épreuves à blanc, puis établissions chaque chiffre de temps de réaction par moyenne de 10 mesures en série. L'excitation auditive était produite par le choc d'un levier métallique-contact sur une tablette ; l'excitation visuelle, par la mise en route de l'aiguille du chronoscope ; l'excitation tactile, par le

contact du levier à boule sur la main du sujet, soit la main qui répondait, soit l'autre, et en faisant des séries de manœuvres inversées, de façon à obtenir des moyennes impartiales.

Pour la clarté de nos graphiques, nous avons considéré que la moyenne normale représente le rendement type (100 %), auquel sont rapportés, en pourcentage, les rendements individuels. Les chiffres extrêmes de ces rendements individuels




délimitent, de part et d'autre de la ligne du 100 %, une zone dans laquelle se situent les chiffres normaux (cf. fig. n° 1).

Nous n'avons pas constaté de différence appréciable de rendement selon la main considérée, chez l'individu normal : temps de réaction moyen, raccourci de 0"004 à la main inactive.

Chez 13 parkinsoniens, sans traitement depuis 12 à 24 heures, le temps de réaction est très nettement allongé, ainsi qu'il ressort de la figure 1. Il y a forte dissymétrie des réponses chez les hémiparkinsoniens quoique le côté « sain » fournisse un rendement déjà fort insuffisant (fig. 2). Pour l'ensemble des parkinsoniens, le rendement à l'épreuve visuelle est le

meilleur, tandis qu'il est le moins bon chez les hémiparkinsoniens.

La fidélité des réponses est telle que nous avons pu à plusieurs reprises les utiliser pour le diagnostic de cas douteux ou pour la détermination du côté le plus atteint. Dès à présent, l'importance d'écart entre le côté « sain » et le côté « malade » fait préjuger du rôle de premier plan à attribuer à la rigidité musculaire.

B. Temps de réaction visuo-psychique. — Nous nous sommes ingéniés à utiliser une épreuve qui fit intervenir une opération mentale très simple, et, nous inspirant d'un des premiers jeux qu'ait connu notre enfance à tous, nous nous sommes arrêtés à l'épreuve que nous appelons de « pigeon vole » : sur un appareil à voyant, apparaissent, sur commande de l'opérateur, des noms d'objets ou animaux. Dès que le malade reconnaît le nom d'un animal ou objet volant (5 noms de ce genre figurent dans une série de 20 noms, à la suite d'une épreuve à blanc de dix noms), il doit le signaler, déterminant ainsi, à son insu, l'arrêt du chronoscope, que l'apparition du nom avait mis en route. Il doit laisser passer sans réaction les noms d'animaux ou objets ne volant pas.

Pour chaque sujet, nous avons établi une moyenne, car le temps s'allonge suivant que l'effort de réflexion demandé est plus grand : il dépasse pour « moineau » ce qu'il était pour « hirondelle », « papillon » ou « pigeon » ; il atteint son maximum pour « avion ».

Cette épreuve, rapprochée de celle d'excitation visuelle simple, n'a fait que la compliquer de la lecture d'un nom, de la représentation mentale de ce qu'il désigne, et de la conclusion au vol ou non-vol. Si nous désignons par « temps de discernement » le temps nécessaire à cet ensemble d'opérations mentales, il nous est facile de le calculer en soustrayant du chiffre du temps de réaction visuo-psychique le chiffre de temps de réaction visuel simple.

Signalons que les parkinsoniens se sont montrés supérieurs aux sujets normaux, par un pourcentage d'erreurs moindre : sur un ensemble équivalent de 400 réponses, nous avons chez eux trois erreurs au lieu de neuf, ayant consisté à déclarer à tort « volant » ce qui ne l'est pas.

Sollicités de répondre vocalement devant un microphone, cinq parkinsoniens ont montré un rendement très inférieur à la normale, cette dernière (100 %) étant 0''686, et les

chiffres extrêmes normaux étant 0''576 et 0''960, soit une variation possible de 29 % en plus ou en moins de part et d'autre de la moyenne. Les parkinsoniens ont fourni un rendement moyen de 70 % (chiffres extrêmes 56 et 89 %) avec un temps moyen de 0''979 (chiffres extrêmes 0''770 et 1''216). Nous remarquons que, dans cette épreuve, le rendement est amélioré par rapport à celui des épreuves de temps de réaction brut, alors qu'il serait plus mauvais dans l'éventualité de temps de discernement allongé.

Si maintenant nous sollicitons une réponse par manœuvre manuelle du contact électrique, nous constatons, surtout pour le discernement, un étalement des temps normaux, montrant l'intervention du facteur individuel dès que l'on aborde l'activité mentale, même élémentaire (fig. 1).

Les parkinsoniens ont un rendement moyen bas, mais, pour le discernement, un nombre assez grand de leurs points d'impact tombe dans la partie basse de la zone normale.

Considérés individuellement, six d'entre eux ont à l'épreuve visuo-psychique un rendement inférieur à celui de l'épreuve visuelle, avec rendement de 38, 33, 23 % par exemple au discernement. Inversement, cinq malades se montrent meilleurs à l'épreuve visuo-psychique, grâce à un raccourcissement, au moins relatif, de leur temps de discernement. Ainsi, un parkinsonien évoluant depuis 15 ans, très rigide et bradykinétique, très lent dans sa parole et ses gestes, a un rendement de 68 % au discernement, contre 47, 63, 62 % aux trois épreuves de temps de réaction brut.

Un autre parkinsonien, de 36 ans, très rigide, bradykinétique, et cliniquement très bradypsychique, a un rendement pour le temps de réaction visuel de 69 %, mais atteint 82 % pour le discernement.

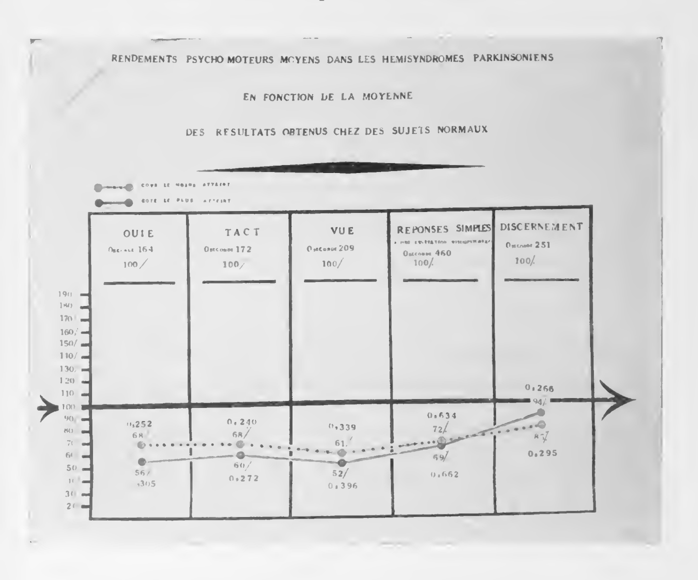
Citons encore une femme de 32 ans, parkinsonienne depuis l'âge de 19 ans, atteinte, par rigidité fixée, de déformations des membres inférieurs, ayant du tremblement et de la rigidité très accentués, une parole monotone et un peu lente, et présentant des temps de réaction très mauvais aux trois premières épreuves (44 % seulement à l'épreuve visuelle) ; son rendement, pour le discernement, arrive à 146 %, soit au meilleur taux obtenu chez les sujets normaux.

Ce gain de temps, que certains malades réalisent par leur discernement, relativement plus rapide, ressort de la comparaison des réponses de l'une et l'autre mains chez les hémiparkinsoniens (5 cas), l'amélioration du discernement étant

encore plus marquée du côté « malade » que du côté « sain » (fig. 2).

Tout se passe, en somme, comme si certains parkinsoniens tendaient à relever, grâce à un meilleur rendement des opérations mentales de discernement, le déplorable rendement du temps moteur que leur inflige leur rigidité.

Ceci correspond à l'impression subjective éprouvée par des malades, disant, après coup, avoir compris que tel animal volait, nettement avant de pouvoir le traduire.




Ces constatations, qui ne portent que sur un processus psychique élémentaire, ne contredisent nullement les données de l'observation psychiatrique prolongée et journalière de ces malades, concernant leur difficulté à penser et le ralentissement du courant de leur pensée ; mais elles montrent qu'au cours d'actes simples, tels qu'ils pourraient avoir à en effectuer au cours d'un travail plus ou moins taylorisé par exemple, certains parkinsoniens (5 sur 13 ici) sont avant tout prisoniers de leur rigidité musculaire et de leur bradykinésie.

# Du rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien

par M. le docteur Pierre COMBEMALE,

*Professeur à la Faculté de Médecine de Lille*

*Médecin-chef à la Maison de Santé de Bailleul*

---

Pour connaître les actions des sécrétions internes des glandes sexuelles sur le psychisme, la comparaison entre la psychologie du mâle et celle de la femelle ne peut conduire qu'à des résultats incertains, jamais analytiques. L'inventaire du profil psychologique est utile, mais ne permet pas de rattacher celui-ci plus à une origine uniquement somatique (théorie généticienne de l'hétérochromosome) qu'à l'effet d'une action endocrinienne. Les méthodes expérimentales qui ont permis à Pezard, à Steinach, à Lipschütz, à Sand, à Zawadowski, etc., d'aborder le problème des caractères sexuels secondaires, semblent les seules capables d'apporter un aperçu des mécanismes différenciateurs des qualités intellectuelles. Toute étude préliminaire doit donc comparer la psychologie de l'entier, mâle ou femelle, à l'animal de même espèce de même race, mais castré, asexué, neutre. Ultérieurement c'est sur cet être asexué que l'expérimentateur fera agir les hormones fabriquées dans la cornue du chimiste et les extraits glandulaires, ou greffera les gonades homologues ou hétérologues ou les deux à la fois s'il veut créer un hermaphrodite .

Pour que le soma soit aussi vierge que possible de toute sensibilisation hormonale, pour qu'il ne soit pas « érotisé » dirait Steinach, il faut prendre comme sujet neutre des animaux castrés très jeunes, avant toute activité endocrine sexuelle. On ne peut préciser le moment du début de cette sécrétion. Elle serait très précoce si l'on en croit Reagan, Ch. Benoit, Danchakoff qui ont signalé le développement des testicules et des ovaires toutefois inhabités de cellules sexuelles après extirpation du croissant germinal dès les premiers stades de segmentation de l'œuf, comme si la présence, même d'un instant, du premier gonocyte suffise à régler par

les hormones qu'il sécrète tout le développement embryologique ultérieur de tout le soma.

En castrant mon matériel à l'âge de un mois j'ai estimé me mettre dans les moins mauvaises conditions biologiques pour obtenir la forme neutre, indispensable à mon étude.

Déjà en 1929, à la Société de Biologie, j'ai présenté un matériel de deux mâles (un Berger allemand et un Fox), castrés à un mois d'âge et j'en ai donné les résultats de l'observation psychologique d'après comparaison avec les mâles entiers des mêmes portées. En dehors des modifications morphologiques habituellement relevées, j'ai constaté une diminution de l'activité musculaire spontanée, une absence de turbulence, de besoin d'aventure, d'humeur batailleuse et de tout instinct sexuel. L'acuité de toutes les perceptions sensitives était la même, sauf que l'odeur d'une chienne en chasse laissait le castré parfaitement indifférent. La mémoire, l'attention n'étaient pas touchées. Par contre, le castré était aboulique et sans intérêt sauf pour la nourriture qu'il prenait goulûment et en beaucoup plus grande abondance que l'entier. Le comportement du castré traduisait des troubles de l'émotivité et de l'affectivité : très craintif, pissant d'émotion si un étranger le caressait, sans jalousie pour ses congénères, il cherchait la protection du maître et de le retrouver après une absence déclanchait des témoignages bruyants d'une joie très vive et prolongée, ce que ne faisait pas l'entier. Ma conclusion était que le chien castré très avant la puberté présentait en plus de l'absence de turbulence et d'instinct sexuel, une tumeur terne, des troubles de l'affectivité et aussi une intelligence insuffisamment développée.

Depuis cette date j'ai pu suivre ces deux castrés, comparativement avec les deux entiers des mêmes portées, durant encore un an et ai soumis ces animaux à une série d'épreuves simples : reconnaître sa route dans un dédale de pièces et de couloirs dont certaines portes, tantôt ouvertes, tantôt fermées, permettaient de composer différents chemins en chicane, distinguer son maître dans des accoutrements divers, reconnaître l'écuelle apportant la pitance journalière. Les castrés furent toujours en retard sur les entiers pour résoudre ces petits problèmes, mais les résolvaient. L'intelligence était donc ralentie, sans vivacité, mais ne semblait pas évidemment diminuée.

Mêmes recherches sur une portée de quatre chiennes Fox, dont trois furent ovariectomisées à l'âge d'un mois, la qua-

trième conservée comme témoin entier. Elles reçurent toutes quatre le même dressage élémentaire ; la plus grande liberté de mouvement leur fut laissée, vivant à la campagne.

Comme manifestation morphologique, j'ai relevé que les castrées étaient plus grandes que l'entière, surtout à cause de la plus grande longueur des pattes, qu'elles étaient plus grosses comme volume et beaucoup plus chargées de graisse à cause d'un appétit vorace.

Elles étaient plus calmes que l'entière, même en dehors des périodes d'œstrus de cette dernière, sédentaires, ne s'éloignant pas de plus de quelques centaines de mètres du chenil que l'entière abandonnait parfois une journée durant. Les jeux violents étaient très rares entre castrées ou entre castrées et entière ; elles préféraient dormir au soleil, levant de temps à autre la tête pour rechercher la raison d'un bruit perçu.

L'humeur était placide. Toutefois elles gardaient rancune à qui les avait frappées, et comme elles étaient craintives et sans courage elles attaquaient par derrière, brusquement, sans grogner au préalable. Elles étaient sans jalousie pour les unes et pour les autres et pour l'entière ; elles ne se battaient que rarement mais alors avec violence et pour un temps très court ; ce fut toujours pour une question d'os à ronger.

L'affectivité était nettement modifiée : les témoignages d'amitiés étaient beaucoup plus bruyants que ceux de l'entière et survenaient souvent pour des causes minimes ; l'absence du maître, plus longue que le temps habituel, les rendait inquiètes : elles cherchaient après lui, sans s'éloigner toutefois de leur chenil.

Les castrées n'avaient aucun sécrétion odorante puisque les mâles qui venaient les renifler, s'en détournaient, comme étonnés.

L'acuité des perceptions sensitives cutanées, visuelles, auditives, paraissait aussi développée chez les unes que chez les autres. Il ne semble pas que la mémoire et l'attention fussent touchées. Mises en présence d'épreuves simples, semblables à celles signalées plus haut, elles arrivaient à les résoudre, mais c'était toujours l'entière qui mettait le temps le plus court, comme c'était elle qui apprenait le plus rapidement à reconnaître la signification d'un geste ou d'un regard du maître, et à distinguer le nouvel hôte ou l'ami de la maison.

C'est vers l'âge de six mois environ que ces différences dans les caractères psychiques devenaient perceptibles ; elles s'accentuaient progressivement jusque vers l'âge de 9-10 mois, époque à laquelle le développement intellectuel semblait avoir atteint, chez les castrés comme chez les entiers, son plein épanouissement. On éprouvait comme l'impression qu'entre l'âge de 6 à 10 mois, les qualités psychiques des castrées ne progressaient que lentement alors que celles de l'entière, elles, étaient l'objet d'une accélération vigoureuse.

Je n'ai pu comparer dans le même temps, donc dans les mêmes condtions d'observation, les castrés d'origine mâle d'avec ceux d'origine femelle ; mais de la confrontation des résultats que j'ai notés sur la race Fox, il ne semble pas qu'il y ait un dimorphisme physique et psychique entre les castrés de ces deux origines : cependant je dois signaler que les femelles castrées paraissaient être relativement meilleures chien de garde que le mâle castré.

En résumé, chez le chien privé de ses gonades très tôt avant la puberté, le psychisme se développe, mais l'ensemble des qualités intellectuelles appréciées par le comportement de l'animal diffère de celui de l'entier, tant chez le mâle que chez la femelle

Les endocrines sexuelles agiraient pour développer le besoin de mouvement et l'activité musculaire, pour faire naître l'instinct sexuel avec ses modalités différentes selon la nature de l'hormone circulante, pour imprimer d'une façon permanente à l'humeur un caractère batailleur, agressif et rageur, surtout marqué avec les sécrétions gonadiques mâles, ce qui ne veut pas dire que sans hormones génitales il n'y ait plus de mouvement de colère possible et que l'animal ne sache pas se défendre. Les hormones sexuelles régleraient l'affectivité dans une mesure importante que des recherches ultérieures pourront peut-être mieux préciser dans les détails, et qui expliqueront ce caractère de puérilité si net à constater dans l'affectivité des castrés. Quant aux autres qualités de l'esprit, celles qui n'ont aucun rapport direct avec les manifestations de l'instinct sexuel, comme elles ne semblent pas très déficientes chez le castré sauf que leur développement est retardé et que leur extériorisation est plus difficultueuse, il faut admettre que les sécrétions des gonades les influencent cependant, mais indirectement, peut-être pour une part, par ce besoin d'aventure et d'indépendance qui s'oppose à l'intérêt rétréci des horizons intellectuels du castré.

# COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

## Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique

par M. Jean Titeca (de Bruxelles)

C'est à l'œuvre grandiose de Babinski que nous devons le démembrement de l'ancienne hystérie. En effet, en découvrant tous les signes qui lui permirent de différencier l'organique du fonctionnel, le grand neurologiste français restitua au groupe des affections organiques tout ce dont, par suite de l'imprécision antérieure des moyens d'investigation sémiologique, la grande névrose s'était accaparée induement ; d'autre part, il isola dans l'ancienne hystérie un ensemble de troubles fonctionnels caractérisés en ordre principal par le fait que, sous l'influence exclusive de la suggestion, on peut les reproduire avec une exactitude rigoureuse et les faire disparaître. Mais à côté de ce groupe d'affections bien délimité par la définition restrictive de Babinski, et auquel il convient de réserver le terme de pithiatisme, il y a encore une catégorie d'affections dont l'organicité n'a pas — ou pas encore ? — fait ses preuves et qu'on ne peut assimiler au pithiatisme parce qu'elles n'obéissent pas au critère thérapeutique d'être curables immédiatement et totalement, par simple suggestion. Ce sont tous ces troubles que Froment, pour la raison qu'il ne pas en donner de définition clinique, propose de désigner par un X et que, faute de mieux, on a l'habitude de qualifier d'hystériques. Cette hystérie non pithiatique, à substratum physiopathologique imprécis, n'est en somme que le résidu

indéterminé de l'organique et du physiopathologique connu. Se refusant à admettre l'existence d'une physiopathologie hystérique, Froment constate en effet que, pour toute une série de faits sur lesquels certains veulent étayer la réalité de leurs conceptions, le diagnostic d'hystérie physiopathologique reste un simple diagnostic d'élimination « destiné à subir toutes les amputations, toutes les rectifications, toutes les négations que lui préparent les recherches futures qui, à n'en pas douter, ne tarderont pas à étendre le domaine du physiopathologique organique ».

Depuis longtemps aussi nous sommes intrigués, comme ont dû l'être tous les observateurs qui ont eu l'occasion d'examiner et de traiter de tels malades, par ces cas d'hémiplégie et d'hémianesthésie dites hystériques, chez lesquels on ne parvient à découvrir aucun signe d'organicité, qui ne guérissent pas par suggestion et qui cependant ne ressortissent pas à la simple simulation. Il n'est en effet pas possible, pour un observateur impartial, de s'imaginer qu'un simulateur auquel on transfixe par surprise les téguments, ne laisserait rien trahir de la douleur s'il l'avait réellement ressentie. En outre, comment comprendre qu'un tel sujet puisse, en dehors du contrôle de la vue, situer invariablement, à un millimètre près, la limite qu'il aurait « sciemment » choisie aux zones d'anesthésie ?

Persuadé qu'il existe une lésion à la base de ces accidents improprement qualifiés d'hystériques, nous avons eu l'idée d'étudier, dans un cas de ce genre, le fonctionnement du système nerveux central en utilisant la méthode électro-encéphalographique, qui a été découverte par un psychiatre, le Progesseur Berger d'Iéna, et à laquelle nous sommes redevables des importantes acquisitions dont se sont enrichies, depuis quelques années, la physiologie nerveuse et la neuropsychiatrie.

Berger a en effet montré, dès 1929, que le fonctionnement des neurones corticaux s'accompagne, comme c'est le cas pour toute cellule vivante, de variations de potentiel électrique et que, après avoir été suffisamment amplifiées par un dispositif adéquat, ces variations de potentiel peuvent être graphiquement enregistrées au moyen d'un oscillographe. Lorsqu'on dérive ainsi les variations de potentiel de l'encéphale après avoir prié le sujet, placé dans l'obscurité, de relâcher la musculature et de ne faire aucun effort psychique, on obtient des

électrencéphalogrammes (E.E.G.) sur lesquels se retrouvent deux ordres d'oscillations. Les unes, dont l'amplitude va de 10 à 200 microvolts, se succèdent très régulièrement à un rythme qui varie suivant les sujets de 8 à 12 à la seconde : ce sont les *ondes* α, dénommées par Adrian *ondes de Berger*. Les secondes, superposées aux premières, ont une amplitude beaucoup moindre ; leur rythme, plus rapide, atteint 35 à 50 à la seconde : ce sont les *ondes* β. Ces variations rythmiques de potentiel ont leur source dans toute l'étendue du cortex ; néanmoins, ainsi que l'a bien démontré Adrian, leur principal foyer d'émission siège chez l'homme dans la zone paravisuelle de chaque lobe occipital. Les ondes α continuent à se produire à la même cadence, même pendant le sommeil, tant que le sujet en expérience reste dans un repos physique et psychique complet ; mais elles disparaissent pour faire place aux ondes β aussitôt que le sujet est influencé par un stimulus externe. Cette modification caractéristique de l'E.E.G. est produite après un temps de latence de quelques dixièmes de secondes par tout ce qui éveille l'attention du sujet, que ce soit un stimulus sensitif ou sensoriel, ou même un travail psychique (tel un calcul mental ou un effort de réflexion). Une fois la cause perturbatrice dissipée, l'E.E.G. reprend, en une seconde environ, son aspect antérieur.

L'interprétation de ce phénomène a donné naissance à deux théories opposées. Suivant Berger, les stimuli externes augmenteraient l'amplitude des potentiels dans un territoire cortical très limité, directement relié par ses connexions profondes à la zone périphérique excitée (le fait a été bien mis en évidence chez l'animal) ; cette activité locale créerait une inhibition qui, diffusant au restant de l'écorce, expliquerait la disparition momentanée des ondes principales. Suivant la théorie plus plausible d'Adrian et Matthews, le rythme principal serait l'expression de l'activité synchrone d'un grand nombre de neurones occipitaux battant à l'unisson ; l'arrivée, dans ce territoire cortical, d'influx venant de la périphérie, aurait pour effet de détruire ce synchronisme : dès lors, les variations de potentiel des différents neurones ou groupes de neurones ne se superposant plus, l'E.E.G. est constitué par la succession d'ondes plus rapides, mais moins amples, caractéristiques du type β.

Avant de décrire les résultats de l'étude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique, nous rap-

porterons très brièvement l'observation du malade qui nous en a permis la réalisation (1).

Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, ouvrier mineur, qui est victime, en octobre 1935, d'un accident de travail bénin : la chute d'un bloc de charbon détermine, à l'avant-bras gauche, une petite plaie qui, par suite d'une infection secondaire et malgré l'absence de lymphangite étendue, d'adénite ou de lésion osseuse, ne se cicatrise qu'après six mois. Durant les semaines qui suivent le traumatisme, se développe petit à petit une contracture en flexion des doigts de la main gauche, contracture qui ne cède à aucun traitement médical et qui même persiste après extension prolongée dans un appareil plâtré. Six mois plus tard, les assureurs décident de fixer le taux définitif d'invalidité et de réadapter le blessé à un travail en rapport avec sa capacité nouvelle. Cette proposition déplaît franchement à l'intéressé. Il se met aussitôt à la recherche de certificats médicaux attestant une incapacité de travail supérieure à celle qu'on lui offre ; il fait même appel à un avocat pour défendre ses droits qu'il croit menacés. Quelques jours plus tard, au réveil, il constate l'existence d'une parésie du membre inférieur gauche qui va en s'aggravant rapidement jusqu'à réaliser bientôt une hémiplégie flasque le contraignant, depuis plus d'un an, à l'alitement continu. En outre, il accuse une anesthésie à tous les modes (même en ce qui concerne la sensibilité profonde), intéressant la moitié gauche du corps, face comprise.

L'examen neurologique du malade démontre l'absence des signes pyramidaux caractéristiques de l'hémiplégie organique. Il existe seulement quelques irrégularités des réflexes tendineux qui, jointes à une kératite parenchymateuse ancienne, permettent de suspecter l'existence d'une syphilis héréditaire. Les examens du sang et du L. C.-R. donnent des résultats négatifs.

Le diagnostic le plus vraisemblable, celui qui a été posé par tous les neurologistes et psychiatres qui ont été appelés à examiner le patient, a été celui d'*hémiplégie avec hémianesthésie hystérique*. Tous les arguments plaident en effet dans ce sens : bénignité du traumatisme causal ; apparition des

(1) Cette étude, dont la communication présente ne constitue qu'une note préliminaire, fera l'objet d'un mémoire plus détaillé dans un des prochains numéros de la Revue belge de Psychiatrie et de Neurologie.

symptômes morbides par étapes, après une phase de « méditation » ; absence des signes pyramidaux et de contracture (sauf la contracture précoce des doigts) après plus d'un an d'évolution ; répartition et caractères pathognomoniques des anesthésies. Quant aux altérations de la réflectivité tendineuse, loin de controuver ce diagnostic, elles viennent le renforcer en faisant la preuve, avec la kératite parenchymateuse, du terrain hérédo-syphilitique si propice aux accidents névropathiques de tout genre, ainsi qu'y ont justement insisté, entre autres, Baruk et Hamel.

Chez notre malade, les variations de potentiel électrique ont été recueillies par voie transcranienne (deux électrodes étant placées sur le cuir chevelu à 2 cm. en dehors de la ligne médiane, l'une antérieurement à une distance de 16 cm. de la racine du nez, l'autre postérieurement à 6 cm. en avant de la protubérance occipitale externe) et enregistrées, après avoir été préalablement amplifiées, au moyen d'un oscillographe de Dubois.

Ces E.E.G., enregistrés au cours de sept séances différentes, se sont à chaque fois montrés très anormaux. En effet, se superposant aux ondes de Berger à un rythme de 11 à la seconde et d'amplitude normale, on retrouve environ une fois par seconde des ondes dont l'amplitude extrême correspond en général à des variations de potentiel de l'ordre de plusieurs millivolts (ondes qui sont indépendantes des rythmes respiratoires et cardiaques et qui ne représentent pas des artéfacts musculaires ou autres).

En second lieu, tout effort intellectuel, toute stimulation sensorielle et toute excitation appliquée sur les téguments de la partie droite du corps produit une modification caractéristique de l'E.E.G. : disparition quasi-totale non seulement des ondes de Berger, mais aussi des grandes pulsations dont nous venons de signaler l'existence lorsque le sujet est au repos physique et psychique complet. Mais, fait qui nous paraît capital, *aucune simulation de la moitié gauche du corps n'amène de perturbations dans l'E.E.G.* Les ondes et les grandes pulsations persistent, sans que rien ne trahisse le moment de la stimulation, qu'il s'agisse d'un frôlement des téguments, de l'application d'un tube rempli d'eau chaude ou froide, d'une piqûre ou du déplacement passif d'un segment de membre. Même les excitations ordinairement douloureuses, telles la transfixion de la peau ou la forcipression énergique

au moyen d'une pince de Péan, restent sans réponse. Ce phénomène a invariablement été constaté quel que soit le mode, droit ou gauche, antérieur ou postérieur, de la dérivation transcranienne.

Que faut-il conclure de ce dernier phénomène, sinon que l'influx né de l'excitation des récepteurs sensitifs périphériques ne s'est pas irradié dans tout le cortex. Et cependant, bien que la méthode de dérivation bipolaire transcranienne ne permette pas chez l'homme de déceler — comme les physiologistes l'ont fait chez l'animal — le renforcement des variations de potentiel dans le centre cortical correspondant au territoire périphérique stimulé, tout porte à croire que les influx centripètes atteignent réellement le cortex. Ces influx gagnent en effet certainement les centres sous-corticaux : la preuve en est que les excitations douloureuses appliquées sur les zones d'analgésie sont capables de déterminer un ensemble de variations réflexes, dont le point de départ est thalamique ou diencéphalique. Nous l'avons, dans le cas présent, vérifié pour ce qui concerne les modifications artério-tensionnelles : l'application d'une pince de Péan à l'avant-bras gauche détermine une augmentation des pressions sanguines maxima et minima d'environ 1 cm. (égale à l'augmentation de tension provoquée par une manœuvre identique répétée du côté sain). Il semble donc bien que les influx centripètes, s'ils cheminent librement jusqu'au centre cortical correspondant, ne parviennent alors plus à diffuser dans le restant de l'écorce. Par suite d'altérations mal précisées (élévation du seuil d'excitabilité de certains groupes de neurones ? variations de la chronaxie des fibres d'association intracorticales ?), ces centres corticaux seraient ainsi fonctionnellement isolés et, partant, ils ne pourraient plus obéir à la volonté du malade.

En ce qui concerne l'allure anormale de l'E.E.G. recueilli chez notre malade au repos complet, peut-être y a-t-il lieu de faire un rapprochement entre l'existence des grandes pulsations qu'on y retrouve périodiquement et les altérations assez semblables que certains auteurs ont constatées chez l'animal dans des états d'hyperexcitabilité corticale, consécutivement par exemple à une strychninisation locale. On peut même se demander s'il n'existe pas une relation entre ce phénomène et la facilité déconcertante avec laquelle notre patient présentait à la moindre occasion une crise convulsive ?

On voit ainsi combien importants sont les problèmes soulevés par l'application en neuropsychiatrie de la méthode électro-encéphalographique, problèmes dont la solution ne pourra être fournie qu'en multipliant les recherches du genre de celles que nous venons d'exposer.

*(Centre Neuro-Psychiatrique de Bruxelles et Laboratoire de Pathologie générale de l'Université de Bruxelles).*

## Discussion

M. le Dr Cossa (de Nice). — Je crois que l'on doit apporter une grande prudence dans l'interprétation de ces courbes :

D'une part, en effet, M. Titeca nous a dit que, pour qu'un électro-encéphalogramme soit valable, il fallait que le sujet soit dans un calme, un repos physique et psychique absolu. Croit-on que le malade de M. Titeca, malade qui ne voulait pas, ou qui, tout au moins, était persuadé ne pas pouvoir guérir, soit, dans ces conditions de calme psychique ?

D'autre part, est-ce qu'une hémicontracture, par le seul effort psychologique et musculaire que suppose son maintien, ne pouvait pas expliquer les perturbations observées dans la courbe ? Et quant à l'hémianesthésie, j'ai vu un de nos collègues s'éduquer jusqu'à présenter une hémianesthésie complète au courant faradique, si complète que toutes les réactions enregistrables *à la douleur* avaient totalement disparu. Or, ce collègue a réussi ensuite à reproduire artificiellement, par le seul jeu de contractions musculaires, des perturbations de courbes tensionnelles prétendûment observables du seul côté sensible.

Pour ces différentes raisons, je ne serai convaincu que :

1° lorsque je saurai ce qu'est devenu ce sujet une fois réglée sa pension d'invalidité ;

2° et surtout lorsqu'on m'aura prouvé que la volonté consciente ne peut pas reproduire ces perturbations de courbes : ce qui est proprement le critère du pithiatisme, à plus forte raison de ce mélange de conviction et de simulation qu'est la sinistrose.

M. le Professeur Roger (de Marseille). — Il serait intéressant de rechercher l'électro-encéphalogramme dans les hémianesthésies d'origine organique.

M. le Dr Th. SIMON (de Paris). — L'objection faite à M. Titeca paraît être la possibilité d'une réalisation volontaire d'une hémianesthésie analogue à celle que présente son malade ; c'est là, dit-on, ce qui rendrait suspecte la sincérité de celui-ci. L'objection ne me paraît pas péremptoire. Si l'on peut, comme je le crois, s'entraîner à des anesthésies volontaires, on peut imaginer, dans ces cas, la même absence de diffusion des excitations sensorielles périphériques que M. Titeca suppose. Le mécanisme seul serait différent : volontaire dans un cas ; involontaire, inconscient, hystérique chez son malade. Mais il faudrait s'assurer de ce que deviennent les encéphalogrammes chez les sujets entraînés dont on nous parlait tout à l'heure. Peut-être trouverait-on les mêmes modifications des courbes ? M. Titeca ne pourrait-il précisément essayer une expérience de contrôle de ce genre ?

M. le Professeur MINKOWSKI (de Zurich). — Les constatations électro-encéphalographiques dont vient de nous entretenir M. Titeca, en particulier le fait que des excitations appliquées sur le côté hémianesthésique de son malade, contrairement à ce qu'on voit normalement, n'avaient aucune influence sur l'électro-encéphalogramme, me paraissent d'un grand intérêt. J'estime probable que ce fait repose sur un phénomène physiologique réel, à savoir l'existence d'un champ d'inhibition dans la zône sensitive de l'hémisphère du côté opposé à l'hémianesthésie. A ce sujet, je voudrais rappeler les belles expériences de Pawlow sur les réflexes conditionnels. Il en ressort, entre autre, que, dans tout analysateur cortical, on peut déterminer un état d'inhibition anormale avec perte temporaire des réflexes conditionnels par des procédés expérimentaux particuliers, par exemple l'exaltation de processus d'inhibition ou la collision de processus d'excitation et d'inhibition qui se succèdent immédiatement. Pawlow a démontré également que, autour d'un pareil champ d'inhibition corticale, il y a un champ d'excitation par induction réciproque. Je n'ai pas bien saisi comment M. Titeca explique les grandes oscillations anormales de l'électro-encéphalogramme de son malade au repos. Ne pourrait-on pas soupçonner qu'elles correspondent précisément à un état d'excitation exagérée de l'écorce cérébrale autour d'un foyer d'inhibition ?

*Réponse de M. le Dr J.* Titeca. — Je sais combien il faut être prudent avant de tirer des conclusions d'une seule série d'expériences, surtout quand celles-ci ont été pratiquées sur un sujet dit hystérique, c'est-à-dire suspect de simulation consciente. Dans le cas présent, je ne considère cependant pas les objections de M. Cossa comme fondées. En effet, la méthode garde toute sa valeur en dépit du fait que, pour qu'ils présentent des ondes d'amplitude et de rythme définis, les électrencéphalogrammes doivent être recueillis dans des conditions précises, tels le repos physique et psychique complets. Le fait même que les tracés que je viens de vous projeter montrent ces ondes, prouve que le patient était dans les conditions requises : car s'il ne l'avait pas été, le tracé ne consisterait qu'en une ligne lisse. Cette participation du malade pour assurer la bonne réussite de l'expérience n'est pas toujours facile à obtenir ; c'est ainsi que j'ai dû abandonner l'étude d'un second cas, identique à celui qui a fait l'objet de cette communication, parce que le malade était trop craintif et pusillanime et que, de ce fait, je ne parvenais pas à dériver les ondes de Berger.

La seconde objection de M. Cossa me paraît encore moins fondée. En effet, si je sais qu'un effort de volonté peut, chez un sujet entraîné, supprimer les réactions artério-tensionnelles ou respiratoires qui accompagnent normalement une excitation douloureuse, ce même effort serait incapable de reproduire le genre de tracés que je vous ai présentés. Il faudrait en effet que le sujet fasse perdurer les ondes $\alpha$, caractéristiques de l'état de repos, pendant la durée de l'excitation dont il voudrait sciemment dissimuler la perception : mais ce seul effort psychique suffirait par lui-même pour en provoquer la disparition. En telle sorte que c'est plutôt l'objection inverse qui paraîtrait pertinente : un sujet ayant une anesthésie réelle pourrait la dissimuler au cours d'un examen électro-encéphalographique. Il lui suffirait pour cela de faire un effort psychique quelconque au moment où il s'apercevrait, avec le secours de la vue par exemple, qu'une stimulation est portée sur ses téguments ; il en résulterait une abolition momentanée des ondes de Berger, qu'un observateur non averti pourrait croire consécutive à l'excitation sensitive.

Je m'empresse toutefois d'ajouter que mes expériences ne prouvent pas mathématiquement que les stimulations périphériques ne sont pas perçues par le malade. Elles montrent

seulement que les influx qui parviennent à la circonvolution pariétale ascendante ne s'irradient pas vers les zónes occipitales paravisuelles, principaux foyers d'émission des ondes $\alpha$ chez l'homme ; mais elles ne permettent pas d'affirmer, ce qui est pourtant hautement vraisemblable, que ces mêmes influx ne s'irradient pas vers les sphères (frontales ?) de la conscience. D'ailleurs, le fait certain que l'on parvient, par entraînement ou en fixant l'attention, à amoindrir ou à annihiler la perception de la douleur, peut, ainsi qu'y a très justement insisté M. Simon, s'expliquer par une modification fonctionnelle du cortex canalisant les influx dans une direction à l'exclusion des autres.

---

# Le choc moral,

## cause de déclanchement de l'ataxie tabétique

par M. le Professeur MAZHAR-OSMAN UZMAN
(de Stamboul)

---

A côté de la syphilis, cause primordiale et essentielle du tabès, la littérature médicale mentionne d'autres facteurs occasionnels, tels le froid, l'humidité et la contraction musculaire forte et prolongée. Dans toutes les littératures il est noté que les soldats, les voyageurs, les danseurs, ceux qui commettent des excés vénériens montrent de grandes aptitudes et dispositions au tabés.

Les statistiques nous démontrent que parmi les syphilitiques traités avec les moyens les plus modernes 1 0/0 seulement peuvent être tabétiques. Parmi les facteurs, on note les infections aiguës comme la typhoïde, la pneumonie, les rhumatismes, une longue lactation, les excès tabagiques, l'émotion dépressive, et pour un centième des cas, le trauma (Dana).

Dans le cas par nous rencontré, les symptômes du tabès, particulièrement l'ataxie, se sont déclanchés à la suite d'une émotion, d'un coup.

Notre malade est un officier âgé de 42 ans. Il ne savait pas qu'il avait contracté la syphilis. En temps de révolution, il fut arrêté comme fauteur de coup d'Etat et renvoyé devant un conseil de guerre. Jusqu'à ce jour, il n'avait subi aucun examen médical. D'ailleurs il ne se plaignait de rien : ni algies, ni vomissements. L'appétit et la digestion étaient bons. Il montait à cheval, se promenait longuement, pratiquait les sports. Il ne ressentait rien d'anormal. Pendant les premiers 15 jours de son séjour en prison, il n'avait rien senti, aucune manifestation pathologique. Un matin il est réveillé en sursaut par un grand bruit. Il court à la fenêtre de sa cellule pour savoir la cause de ce bruit. Il voit que l'on vient de mettre une longue chemise blanche à un condamné et que de suite il est pendu dans un coin de la cour. C'était un codétenu

soupçonné d'avoir été complice dans la même affaire que lui. De suite il tombe par terre, comme s'il avait un accès de paralysie hystérique. Pourtant il ne perd pas conscience. Ses camarades de salle se réveillent et se mettent à l'aider ; ils apprennent la cause de sa chute. On demande le médecin. Celui-ci croyant avoir affaire à un accès hystérique essaye la suggestion et prescrit une potion cordiale. Mais la paraplégie continue. Le malade est envoyé à notre clinique.

A l'examen des yeux : très léger myosis, réactions oculaires très lentes. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient complètement absents dans les membres paraplégiques. Le tonus musculaire était très diminué. Les signes de Lasègue et de Babinski sont négatifs. Les réponses à la douleur et au toucher sont normales. Les jambes sont molles comme celles d'un polichinelle. A l'épreuve talon-genou on remarquait une ataxie très manifeste lorsque le malade essayait de relever les jambes. Très légère rétention pour uriner et dans la défécation.

Les premiers jours il ne pouvait pas se tenir debout. Un mois après, il commençait à marcher à pas ataxiques avec difficulté en regardant la pointe des pieds comme les tabétiques. Le signe de Romberg était très net. A l'examen du sang le Wassermann était positif ; Nonne dans le L.C.R. était (4 plus). Quoique à première vue nous crûmes à une paraplégie hystérique, à l'examen nous constatâmes un classique tabès. Le traitement antisyphilitique fut appliqué On essaya pendant des mois et des années les exercices d'après la méthode de Fraenkel. Les douleurs fulgurantes et lancinantes apparurent. Le malade perdit le boire et le manger à cause de ces douleurs. Il succomba tuberculeux. Jusqu'aux derniers moments l'ataxie, l'hypotonie, l'Argyll-Robertson, le Romberg, les douleurs fulgurantes et lancinantes persistèrent. Si le malade avait pu être examiné avant l'événement, on aurait constaté l'Argyll-Robertson et le Westphal, au moins le Romberg. Mais il n'y avait aucun soupçon même d'ataxie. Pas le moindre soupçon d'anormalité dans la marche ou la station debout. C'était un officier très actif. Un choc moral déclancha la maladie, c'est-à-dire l'ataxie.

Quel en est le mécanisme ?

Il est très normal qu'il y ait apoplexie cérébrale à la suite d'une émotion vive qui est cause d'augmentation de tension et de spasme des vaisseaux cérébraux. De même, les observations

sont nombreuses qui font accepter le cas de paralysie agitante dû à des œdèmes, des hémorragies, des contractures des vaisseaux du voisinage des ganglions basaux causées par de grande frayeurs. J'ai observé deux cas de parkinsonisme déclanché à la suite de bombardement aérien ou par navire de guerre pendant la grande guerre.

Pendant l'armistice, l'encéphalite épidémique avait envahi l'Asie Mineure autant que les autres contrées mondiales.

Un grand nombre parmi les malades présentant des séquelles prétendaient que les tremblements avaient pour cause la frayeur et la peur.

Il est juste que ces malades généralement attribuent leur maladie nerveuse à de telles causes morales. Mais dans la plupart des cas, le témoignage des médecins traitants qui examinèrent les premiers ces malades corroborent les dires de ces malades, dont on ne sait s'ils avaient eu l'encéphalite ou non ; que les tremblements commencèrent à la suite d'une attaque soudaine de leur maison, d'un massacre ou d'une exécution dont ils furent les témoins involontaires. Il nous faudrait, en se basant sur l'anatomie, pour expliquer les tableaux cliniques, prendre en considération les systèmes sympathique et para-sympathique, les spasmes vasculaires et la question du *locus minoris resistentiæ*.

Nous savons qu'il y a différentes théories pour expliquer la pathogénie du tabès : méningée, vasculaire, médullaire, radiculaire, névritique... Pourtant ces pathogénies ne suffisent pas à expliquer que le tabès est une intoxication reliée à un système donné. On accepte généralement comme pathogénie, la syphilis du cordon postérieur et la radiculite syphilitique. Le processus n'est que la réaction hyperallergique sur un terrain syphilitique chronique. Avec cette réaction : 1) La fibre radiculaire postérieure y est comprise ; 2) Que cela soit sympathique ou autonome, il peut s'étendre aux fibres du système végétatif ; 3) Il peut atteindre aussi le système des nerfs moteurs. Et pourtant l'origine et la nature de cette hyperallergie sont complètement obscures.

Comme dans les autres hyperallergies, le choc moral pourrait bien provoquer cette ataxie tabétique. On peut expliquer ainsi ce cas rarissime par nous observé.

## Discussion

M. le Professeur Minkowski (de Zurich). — Le cas relaté par M. Mazhar-Osman Uzman est indubitablement un de ceux qui illustrent, d'une manière impressionnante, l'importance de facteurs psychiques dans les maladies organiques du système nerveux. Dans ce même ordre de phénomènes, je connais le cas d'un tabétique qui, lorsqu'il est venu consulter un médecin, se trouvait dans un état satisfaisant. Mais le médecin ayant eu la maladresse de lui dire qu'il souffrait d'une maladie organique grave du système nerveux, le malade fut saisi d'une telle ataxie des jambes qu'il ne fut plus capable de quitter le cabinet de consultation par ses propres moyens. Tout le monde connaît, en général, la portée primordiale de facteurs psychiques et psychogènes dans l'évolution des maladies organiques diffuses du système nerveux, telles surtout que la sclérose en plaques et l'encéphalite léthargique avec ses séquelles. On connaît également les syndromes parkinsoniens qui se développent à la suite de chocs psychiques. Sans parler du rôle de facteurs psychogènes dans les états post-traumatiques, commotionnels et autres.

---

# Le rôle moteur homolatéral des circonvolutions préfrontales

par M. A. Rouquier (de Nancy)

---

L'auteur désire illustrer, par la présentation de quelques malades, des communications antérieurement faites à la Société de Neurologie de Paris, aux récents Congrès de Zurich et de Genève, à la Société de Médecine de Nancy et un mémoire paru dans le numéro de juin de la *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie.* Il a actuellement recueilli 55 observations de lésions traumatiques des circonvolutions préfrontales ; un très grand nombre ont été anatomiquement vérifiées lors de l'intervention chirurgicale. Il fait remarquer qu'en ce qui concerne les troubles de la statique de la tête et du tronc, les mouvements de manège, les conséquences de la giration, les résultats de ses recherches concordent d'une façon parfaite avec ceux qu'a obtenus, sur l'animal, M. Delmas-Marsalet. L'hypertonie du membre antérieur correspondant au lobe lésé a été observée chez les chiens opérés par M. Austregesilo.

Les troubles qu'il met en évidence, en présentant successivement cinq malades, sont les suivants :

1° Du côté correspondant au lobe lésé, gêne des mouvements rapides et précis des extrémités : flexion, extension rapide, abduction et adduction des doigts ; flexion et extension des orteils, flexion dorsale et extension du pied. Il fait remarquer que la tendance à la chute du pied en « varus equin », signalée avant lui chez des malades analogues, n'est pas du tout la conséquence de l'hypotonie des muscles de la loge antéro-externe de la jambe, mais qu'il existe au contraire une ébauche de rigidité musculaire voisine de celle des parkinsoniens, et susceptible de s'accompagner de modifications des réflexes de posture et de réaction dysmyotonique. A ces troubles, qui ne s'observent que dans les lésions assez étendues, se

superposent la chute du bras correspondant au lobe lésé, la chute de la jambe mise en évidence par la manœuvre de Barré, ou celle, peut-être plus sensible, de Mingazzini, qui extériorise à la fois la diminution de la force musculaire du psoas iliaque et du quadriceps fémoral.

2° La plupart de ces sujets accusent une latéropulsion spontanée du côté malade, et il est fréquent d'observer, même les yeux ouverts, une légère inclinaison de la tête et du tronc de ce côté. Cette dernière s'accentue beaucoup quand le sujet ferme les yeux, surtout si l'on lui fait étendre les bras ; le bras correspondant au côté lésé dévie alors fortement en dehors, de ce côté ; dans les formes graves, le bras du côté opposé dévie aussi parallèlement. L'épreuve de l'indication est habituellement positive en dehors, avec le bras du côté lésé. Elle ne l'est pas du côté opposé. La latéropulsion, les yeux fermés, peut s'accompagner d'une véritable trépidation sur le membre inférieur correspondant au côté malade.

3° La rotation sur le fauteuil de Barany est habituellement mal supportée chez ces sujets. Elle entraîne souvent l'inclinaison de la tête et du tronc et la chute du côté du lobe lésé, quel que soit le sens de la giration. Lorsqu'il est possible de faire tourner assez longtemps le malade, la déviation des bras, les yeux fermés, est beaucoup plus accusée, du côté lésé, lorsque la rotation s'effectue dans ce sens, que lorsqu'elle s'effectue du côté opposé ; dans ce cas, elle n'entraîne qu'une légère déviation, ou même n'en provoque pas du tout. L'épreuve du vertige voltaïque fournit des résultats analogues à ceux de la giration. Quelle que soit la position de l'anode, l'inclinaison de la tête et du tronc, ainsi que la chute se font du côté lésé, sous courant d'une intensité inférieure à celle qui est nécessaire pour obtenir les mêmes résultats à l'état normal. Lorsque les troubles sont moins accusés, il existe néanmoins une asymétrie, en faveur du côté malade.

La déviation post-giratoire de la marche, test de Delmas-Marsalet, ou même une ébauche de mouvement de manège, du côté lésé, après giration de ce côté, ont été observées.

4° L'étude du réflexe nystagmique post-giratoire et du réflexe nystagmique calorique fournit des résultats beaucoup moins importants que les épreuves précédentes. Celle du premier est rendue très difficile puisque on éprouve de la peine à faire tourner ces malades un nombre suffisant de fois

pour provoquer un nystagmus d'assez longue durée, et qu'il faut les faire tourner de la même façon par le flanc droit et par le flanc gauche. Chez quelques sujets, en particulier le cinquième de la série, qui ne présentait absolument aucun des troubles fonctionnels ou des signes objectifs plus haut décrits, et chez lesquels la giration, la tête droite, était parfaitement tolérée, nous avons pu mettre en évidence les perturbations suivantes. Il s'agit d'une lésion des circonvolutions horizontales gauches anatomiquement vérifiée : 20 tours, par le flanc gauche, en 44", provoquent un nystagmus battant à droite qui dure 29", alors que 20 tours par le flanc droit dans les mêmes conditions déterminent un nystagmus qui ne dure que 19". On peut observer des modifications analogues du réflexe nystagmus calorique.

5° Il existe souvent, chez nos sujets, au niveau des membres correspondant au côté lésé, en particulier du membre supérieur, un tremblement statique, de type parkinsonien, qu'on peut mettre en évidence en plaçant ces membres dans une position fatigante, ou une ébauche de préhension forcée, persévération tonique que fait apparaître la recherche du signe du biceps.

Il est à remarquer qu'une lésion s'étendant jusqu'à la frontale ascendante modifie du tout au tout le tableau clinique, entraînant des troubles moteurs avec modification des réflexes du côté opposé, et la déviation des bras de ce côté. Il n'y a rien de nouveau sous le soleil. S'il est fréquent d'observer des troubles bilatéraux au cours des lésions préfrontales, et s'il est logique de supposer que les fibres d'association inter-hémisphériques coordonnent l'action hétérolatérale de ces circonvolutions, il n'en est pas moins certain, à notre avis, que l'action de ces dernières est surtout homolatérale. M. Munskens, d'Amsterdam, nous a dit se souvenir avoir observé à Londres, chez Hunglings Jackson, des sujets atteints de lésions préfrontales et qui présentaient des troubles moteurs du même côté.

M. Guillaume a récemment opéré, dans le service du D^r^ de Martel, un malade atteint d'une tumeur préfrontale et qui avait des crises d'épilepsie. Celles-ci étaient précédées d'une aura qui consistait en plusieurs pirouettes effectuées dans le sens du lobe malade.

DISCUSSION

M. le professeur BARRÉ (de Strasbourg). — La communication de M. Rouquier fait suite à plusieurs autres sur le même sujet, et s'accompagne cette fois de présentation de malades avec démonstrations.

Qu'il me soit permis, puisqu'aussi bien je suis directement intéressé aux idées qui viennent d'être soutenues, de faire quelques remarques. Une démonstration des faits et des interprétations dont nous venons d'entendre l'exposé comporterait, à mon avis, pour être susceptible d'emporter la conviction, des malades neufs, étudiés avec toutes les précautions de rigueur pour éloigner la suggestion, des sujets non intéressés à l'obtention d'une pension ou d'une réforme, et dont on connaîtrait, en plus d'une cicatrice superficielle, les lésions profondes qui ne sont pas toujours ni strictement localisées à la zone traumatisée, ni même uniquement situées du côté du traumatisme.

On pourrait développer longuement chacun des points que je viens d'indiquer. Je me borne à les mentionner pour qu'on ne croie pas qu'ayant décrit la manœuvre de la jambe et isolé le syndrome pyramidal déficitaire, je souscrive aujourd'hui à l'usage qui en est fait.

Je dois à la vérité, et aussi à l'estime que j'ai pour mon confrère M. Rouquier, de dire que les manœuvres de la jambe qui nous ont été présentées n'avaient peut-être pas toutes les particularités qui en assurent le caractère légitime.

On peut aussi rappeler que bon nombre de traumatisés craniens du temps de Brissaud déjà, se disaient hémiplégiques du côté de la blessure, et n'étaient atteints que de troubles dont j'ai pu observer quelques échantillons avec M. Babinski, échantillons nettement pithiatiques.

Pour ce qui est des troubles vestibulaires, qui m'ont spécialement intéressé aussi, avouerai-je qu'ils m'ont paru presque trop beaux. L'épreuve rotatoire n'est pas la meilleure épreuve pour étudier les troubles de l'équilibre ; et que penser de ces sujets qui, assis, et avant que la chaise n'ait été animée du mouvement rotatoire, s'inclinent déjà, — quand on les voit, quelques secondes après, quitter la salle : guillerets, alertes et tout à fait d'aplomb ?

En vérité, je ne crois pas qu'on puisse admettre les conclu-

sions du présentateur sans y faire les réserves les plus nettes. Qu'il puisse y avoir des centres moteurs prérolandiques, une certaine fonction motrice dans la région préfrontale, c'est une question qui mérite d'être approfondie. Mais il ne paraît pas possible encore d'affirmer la réalité chez l'homme de centres moteurs préfrontaux. En tous cas, ce n'est ni chez des traumatisés craniens, ni chez des sujets atteints de tumeur cérébrale qu'il semble indiqué d'en supputer la vraisemblance. C'est l'avantage de l'Expérimentateur de pouvoir faire à peu près ce qu'il veut quand il lui plaît ; c'est le désavantage du Clinicien de devoir attendre que la pathologie réalise dans de bonnes conditions l'expérience dont il est préparé à tirer parti ; mais la clinique humaine, bien faite, dépasse infiniment en valeur la plupart des expérimentations qui portent sur les centres nerveux d'animaux, car même les plus élevés sont très différents de l'homme.

C'est peut-être de la neurochirurgie et de la neurophysiologie pratiquées chez l'homme qu'il y a le plus à attendre pour juger bien des questions en suspens, et apprendre beaucoup de nouveau. A l'époque où nous possédons une séméiologie que Babinski fit rigoureuse, et des moyens chirurgicaux et physiologiques nouveaux d'investigation, nous avons moins que jamais le droit de faire état de documents cliniques, dont la critique est trop facile, pour en tirer des déductions précises, surtout en l'absence de vérifications anatomiques bien conduites.

M. le Professeur Donaggio (de Bologne). — La fonction motrice extrapyramidale des circonvolutions préfrontales, et aussi de la circonvolution frontale ascendante, qui, selon ma doctrine fondée sur des faits d'observation, possède une double fonction pyramidale et extrapyramidale, a été démontrée par moi dès l'an 1923. En contradiction avec les exigences de la doctrine strio-pallidale, j'ai constaté, avec mes méthodes, l'absence de lésions des ganglions de la base et la présence de lésions de l'écorce frontale dans des formes nettement extrapyramidales telles que le parkinsonisme encéphalitique, ce qui a été confirmé par De Lisi, Businco, Stief, Rostan, Critchley, Tramontano, Bertrand et Chorobski, Fattovich, Fretz, Catalano, Pool, Giacanelli, Jakob et Montanaro, etc...

Un appui ultérieur à ma doctrine dérive des données anatomo-cliniques des cas de maladie de Pick avec atrophie fron-

tale étendue à la frontale ascendante avec syndrome parkinsonien (Ley, Titeca, Bonfiglio, Guiraud, etc.), des recherches récentes de Fulton et Kennard, des cas de tumeur frontale avec syndrome parkinsonien, des cas de spasme de torsion (Wimmer, Van Bogaert, Laruelle, etc.), des dernières constatations de Wilson et d'autres auteurs sur la choréo-athétose, des observations de Barnes et Hursh, Hadfield, Rotter, Tschuganoff, Pines, Braunmühl, Scholl, Luthy, etc... sur la maladie de Wilson, et de la démonstration que le réflexe de préhension est en rapport avec des lésions de l'écorce préfrontale (Schuster et autres auteurs). Dernièrement, j'ai rappelé ma doctrine sur la *fonction motrice extrapyramidale du cerveau frontal* dans le Rapport « *Cerveau frontal et Système moteur extrapyramidal* » présenté au Congrès International de Londres, et publié aussi dans la « Revue Neurologique » (1935). M. Rouquier a rappelé dans une communication récente ma doctrine corticale. Sa communication actuelle présente un intérêt des plus remarquables.

---

# Méningiome de la petite aile du sphénoïde : variété dite « de l'angle sphéno-caverneux »

par MM. Maurice Perrin, Kissel, Rousseaux et Castelain
(de Nancy)

---

L'observation que nous rapportons ici n'a qu'une valeur anatomo-clinique, mais, par le fait même que, malgré l'intervention que nous avons tentée, la malade qui en est l'objet a succombé, nous avons pu réaliser un tableau complet de l'histoire d'une variété particulièrement redoutable de méningiome de la petite aile du sphénoïde : le méningiome de l'angle sphéno-caverneux — ainsi désigné par Marcel David — et il nous a semblé qu'il pouvait être intéressant de relater cette observation au titre simplement de fait documentaire.

Il s'agit d'une femme de 54 ans, Ri... C..., adressée au service du Professeur Maurice Perrin le 15 mai 1937 parce qu'à plusieurs reprises elle a fait des crises comateuses dont l'origine est restée jusqu'à présent mystérieuse.

*L'histoire de la malade* est particulièrement instructive.

Au mois de janvier 1932, au décours d'une grippe, cette femme commence à se plaindre de violents maux de tête, surtout nocturnes, qui sont mis sur le compte de l'asthénie post-grippale et du « retour d'âge ».

Jusqu'au mois de décembre 1934 aucun autre fait nouveau que ces maux de tête qui surviennent à intervalles irréguliers par crises atrocement douloureuses et qui sont nettement localisés à la région frontale droite.

Dans les premiers jours de décembre 1934, la malade s'aperçoit fortuitement qu'elle ne voit presque plus de l'œil droit. Un oculiste consulté aurait dit qu'il s'agissait d'une « embolie » de l'artère centrale de la rétine ; il prescrit des injections d'acétylcholine, l'action de ce traitement fut nulle et très rapidement la vision de cet œil fut perdue. En même temps les céphalées deviennent de plus en plus douloureuses ; la malade commence à être obnubilée à certains moments et à négliger ses occupations.

Les céphalées s'accompagnent, au moment des paroxysmes, de rougeur de la moitié droite de la face, si bien qu'un médecin consulté porte le diagnostic de « névralgie faciale ».

Cet état persiste sans grand changement jusqu'au mois de mars 1936.

Le 1er mars 1936, après une crise de douleurs atroces au niveau des tempes, la malade tombe dans un état de torpeur presque comateuse qui dure 27 heures ; le médecin traitant porte alors le diagnostic de « congestion cérébrale » et prescrit un traitement s'accordant avec ce diagnostic (sangsues, sinapismes, glace sur la tête).

Sortie de son coma, la malade se trouve mieux qu'auparavant : les maux de tête s'atténuent mais la marche devient difficile, la jambe gauche étant un peu « lourde ».

Le 15 octobre 1936, nouvel accès d'hypersomnie — nous pouvons dire hypersomnie car (nous a-t-on dit) l'apparence était celle d'un sommeil normal dont la malade pouvait être tirée à certains moments mais dans lequel elle retombait très vite. — Cet accès dure 27 heures comme la première fois. A sa suite, on constate l'existence d'un tremblement de la main gauche.

Le 15 février 1937, troisième accès d'hypersomnie, ayant débuté comme les précédents par de violents maux de tête ; il dure 25 heures. Le tremblement s'est communiqué à tout le bras gauche ; la marche est devenue encore plus difficile, la jambe gauche étant de plus en plus « lourde ».

Le 13 avril 1937, quatrième crise d'hypersomnie durant 59 heures. Après cette crise, la malade se plaint de ressentir de douloureux élancements dans les trois doigts externes de la main gauche, l'impotence de la jambe gauche s'est encore aggravée.

Le 6 mai 1937, cinquième accès d'hypersomnie qui dure 24 heures ; exagération du tremblement du bras gauche ; marche pour ainsi dire impossible. La malade est alors adressée dans le service du Professeur Maurice Perrin le 15 mai 1937.

Examen général. — Rien à retenir. Disons ici que le taux de l'urée sanguine est normal (0 gr. 37) et que la réaction de B.-W. est négative. Pas de glycosurie, glycémie normale.

Examen neurologique. — *Motilité.* — Au membre inférieur gauche, signe déficitaire de Barré.

Au membre supérieur gauche, diminution considérable de la force musculaire, tremblement permanent des doigts à type parkinsonien.

*Sensibilité.* — Douleurs fulgurantes survenant par accès dans les membres supérieur et inférieur gauches. Aucun trouble de la sensibilité objective, ni superficielle ni profonde.

*Réflexes.* — Réflexes rotuliens et achilléens polycinétiques avec extension de la zone réflexogène aux deux membres.

Ebauche de clonus du pied.

Réflexes tendineux des deux membres supérieurs vifs dans leur ensemble.

Signe de Babinski des deux côtés.

Réflexes cutanés abdominaux abolis.

Aucun trouble des sphincters.

*Nerfs craniens.* — Pas d'anosmie ; pas de diminution de l'acuité auditive.

Douleurs réveillées par la pression dans le domaine du nerf ophtalmique droit.

Aucune paralysie des nerfs moteurs oculaires.

*Paralysie faciale gauche de type central.*

*Troubles psychiques.* — Obnubilation très marquée ; bradypsychie ; pas de troubles de la mémoire.

*Examen oculaire* (19 mai 1937, Dr Charles Thomas). — Pas d'exophtalmie ni d'un côté ni de l'autre.

Pas de paralysie des muscles moteurs de l'œil.

Cécité complète de l'œil droit.

*Syndrome de Foster-Kennedy :* stase papillaire à gauche, atrophie optique primitive à droite.

Examen radiologique. — Sur le cliché de face il existe nettement une hyperostose diffuse, régulière de la moitié interne de la petite aile droite du sphénoïde.

De par l'association de tous ces signes — neurologiques, paralysie faciale gauche de type central, crises d'hypersomnie — oculaires : syndrome de Foster-Kennedy ; radiologiques : hyperostose de la moitié interne de la petite aile droite du sphénoïde ; le diagnostic de méningiome de la petite aile droite du sphénoïde (variété interne) s'impose à nous. Nous voulons néanmoins le confirmer par la ventriculographie.

*Ventriculographie.* — Le 20 mai 1937 (Dr Rousseaux et Bocquet). Trépano-ponction occipitale bilatérale. Les deux ventricules sont ponctionnés facilement. Soustraction de 25 cc. de liquide céphalo-rachidien à gauche, de 18 cc. à droite.

L'air est insufflé dans le ventricule gauche (côté opposé à la tumeur) : à 15 cc. l'air sort par l'aiguille du ventricule droit (donc trou de Mouro perméable). Injection de 30 cc. d'air dans le ventricule gauche.

*Sur les clichés pris occiput sur plaque* corne frontale gauche distendue ; corne frontale droite considérablement amputée à sa partie inférieure. Légère translation des ventricules vers la gauche. Pas de IIIe ventricule.

*Sur les clichés pris front sur plaque :* corne occipitale gauche largement insufflée ; corne occipitale droite mal injectée.

*Sur les clichés de profil,* les ventricules sont parfaitement insufflés. La corne frontale gauche est distendue et régulièrement arrondie à son extrémité antéro-inférieure. La corne frontale droite est au contraire effilée et paraît repoussée vers le haut.

La ventriculographie confirme donc bien le diagnostic en montrant qu'il existe indiscutablement une néoformation sous-frontale droite.

*Intervention.* — Le 20 mai 1937 (Dr Rousseaux, Legait et Bocquet) dans le service de M. le Prof. Jacques. L'intervention est décidée immédiatement après la ventriculographie, mais devant l'état grave de la malade on se propose simplement de faire un volet décompressif, premier temps d'une exérèse ultérieure si la malade survit.

Volet ostéoplastique fronto-pariétal droit débordant à gauche la ligne médiane. Ponction des ventricules : issue abondante de liquide et d'air qui décomprime parfaitement le cerveau. Puis, ayant décidé de ne pas aller plus loin, nous refermons par la technique habituelle.

Aussitôt après l'intervention, l'état de la malade est meilleur ; mais cette amélioration n'est que transitoire. Dans la nuit l'opérée tombe dans le coma et succombe le lendemain matin.

*Autopsie.* — (Prof. Jules Watrin).

L'ablation du cerveau peut être réalisée en laissant le méningiome en place. Celui-ci, du volume d'une petite orange, recouvre les deux tiers internes, de la petite aile droite du sphénoïde et l'apophyse clinoïde antérieure ; il comble presque complètement la selle turcique et repose en arrière sur le tiers interne du rocher. Une petite portion déborde dans l'étage antérieur ; la grosse portion étant située dans la fosse temporale dont elle occupe les deux tiers internes, le nerf optique droit est presque complètement écrasé par la tumeur.

En pratiquant délicatement l'exérèse du méningiome on se rend compte qu'il adhère intimement à l'extrémité interne de la petite aile à l'apophyse clinoïde antérieure nettement hyperostosée et à la paroi externe du sinus caverneux dans toute son étendue, ce qui nous permet de dire qu'il s'agit bien de cette variété de méningiome de la petite aile du sphénoïde que Marcel David a désigné sous le nom de méningiome de l'angle sphéno-caverneux.

Quand on considère la face inférieure du cerveau, on voit nettement à droite le lit du méningiome qui est constitué par le tiers postérieur de la moitié interne du lobe orbitaire et les deux tiers internes de la face inférieure du lobe temporal. Malgré son volume, le méningiome était complètement invisible de l'extérieur.

*L'examen histologique* (Prof. J. Watrin) a montré qu'il s'agissait bien d'une « méningoblastome » typique.

Nous ne voulons pas faire de longs commentaires sur cette observation qui se suffit à elle-même, tellement, selon nous, elle est schématique. Nous croyons inutile d'autre part de justifier notre échec opératoire : l'état grave de la malade, le volume et la situation de la tumeur en expliquent clairement les raisons sans qu'il soit besoin d'insister à ce sujet. Nous désirons simplement attirer l'attention sur la très longue histoire de cette malade, histoire qui s'est déroulée pendant plus de cinq ans avec une succession de symptômes pourtant éloquents, sans que jamais l'hypothèse de néoformation cérébrale ait été émise un seul instant. Quand nous avons vu la malade, le diagnostic nous sembla aussitôt évident, mais, à vrai dire, il n'y avait plus ni grand mérite ni grand intérêt pratique à le faire : il était trop tard.

---

# Troubles moteurs déficitaires bilatéraux sans signes d'hypertension intracranienne, symptomatiques d'une tumeur cérébrale à évolution rapide (gliome à cellules isolées).

par MM. L. Marchand et R. Dupouy (de Paris)

---

Si les syndromes monoplégiques ou hémiplégiques sont d'ordinaire, chez les préséniles et les séniles, symptomatiques de ramollissement cérébral, ils peuvent constituer les premières manifestations des tumeurs cérébrales. Dans ce dernier cas, d'autres troubles s'associent généralement à eux permettant de juger du degré de la malignité de la tumeur. Il est de rares exemples dans lesquels les symptômes, relevant de l'altération directe et précoce des deux voies pyramidales, constituent la note dominante du syndrome pendant toute l'évolution de la maladie. Tel est le cas suivant :

Le nommé Pa..., Léon, 57 ans, comptable, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 28 décembre 1936. Il est malade depuis plusieurs mois. Il a présenté, au début, de l'hypoesthésie des deux membres supérieurs, principalement du droit, et du tremblement, puis secondairement des troubles de la parole, de la parésie des membres inférieurs avec chancellement et chutes, parfois des crises d'agitation extrême d'apparence confusionnelle. Il se plaint à son entrée d'une faiblesse générale, se montre déprimé, désespéré, anxieux, en proie à des idées de suicide.

Il semble avoir fait une série de petits ictus, répondant à des foyers lacunaires de ramollissement. A l'examen l'on constate une hémiplégie droite partielle avec tremblement (qui a été la première en date), un syndrome pseudo-bulbaire avec dysarthrie et, tout récemment survenue, une hémiplégie gauche. Les réflexes tendineux des deux membres supérieurs sont nettement exagérés et il existe une légère contracture bilatérale.

Aux membres inférieurs, état parétique moins prononcé qu'aux membres supérieurs, avec Babinski franc à gauche, ébauché à droite.

Le malade se montre turbulent dans le service tombe de son lit, se contusionne ; il est fréquemment somnolent quand il n'est pas agité et confus, tenant des propos incohérents et riant sans motifs.

La température s'élève lentement, atteignant ou dépassant parfois 38°. Des escarres sacrées et fessières apparaissent ; l'alimentation devient de plus en plus difficile.

Le 6 janvier 1937 les symptômes neurologiques se sont manifestement intensifiés : hémiplégie droite avec Babinski et contracture, monoplégie supérieure gauche avec contracture ; l'extension du gros orteil a disparu de ce côté. Le faciès est celui d'un pseudo-bulbaire avec atonie faciale, aspect étonné, bouche béante, salive dégoulinante.

Les examens du sang donnent : B.-W., Meinicke et Kahn négatifs, urée : 1 gr. 60, glycémie : 1 gr. 46. Le L.C.R. est complètement négatif à part le taux de l'albumine, 0,55, sans globulinose ; leucocytes : 0,4 ; benjoin : 00000.22221.00000 ; sa tension est de 18-10 couché.

Les pupilles sont normales, sans Argyll ni défaut de convergence ; il n'y a pas de stase papillaire ; tout au plus peut-on admettre un très léger flou des contours papillaires, un peu plus marqué à droite ; les vaisseaux sont normaux.

L'examen des différents appareils ne révèle rien de particulier.

Malgré l'absence d'hypertension du L.C.R. et des signes oculaires, le diagnostic de tumeur cérébrale est posé ; en raison de la symptomatologie clinique nous pensons à une tumeur diffuse, inopérable et devant entraîner un dénouement rapide.

Le malade, en effet, s'affaiblit de plus en plus, avale péniblement et décède le 12 janvier 1937.

## Autopsie

*Encéphale.* Adhérences de la dure-mère à la boîte cranienne. Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale.

*Hémisphère gauche.* — A la région supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, au niveau des circonvolutions bordant le sillon inter-pariétal jusqu'au pli courbe la pie-mère présente une coloration plus violacée que dans les autres régions et une légère dépression. Sur les coupes transversales on note la présence d'un tissu tumoral d'aspect grisâtre et occupant cortex et axes blancs des circonvolutions sous-jacentes à la partie déprimée, sans aucune déformation des circonvolutions. Dans le tissu néoformé nombreuses petites cavités pseudo-kystiques dont les plus grosses ont le volume d'un petit pois.

*Hémisphère droit.* — Le tissu tumoral du volume d'un œuf de

pigeon occupe la partie supérieure et externe du lobe occipital, le pli courbe, la partie postérieure de la première et de la deuxième pariétales. En avant on trouve des foyers disséminés et profonds à la partie supérieure de la frontale et de la pariétale ascendantes, et quelques petits foyers de la grosseur d'un grain de mil dans le centre ovale du lobe frontal et à la partie antérieure et supérieure du putamen.

Rien à noter à l'examen du cervelet et du bulbe.

L'hémisphère droit pèse 610 gr., le gauche 600 gr., le cervelet et le bulbe 160 gr.

*Organes.* — Rien de particulier aux poumons, au cœur, au foie, aux reins, aux organes génitaux. La rate est très volumineuse, a conservé sa forme habituelle, consistance assez ferme. Aucune altération de la capsule. Son poids est de 910 grammes.

## Examen histologique

*Cerveau. Tissu tumoral.* — Il est formé de cellules isolées, arrondies ou déformées par pression réciproque. Leurs noyaux très riches en chromatine sont arrondis ou triangulaires et renferment un ou deux nucléoles. Le protoplasma cellulaire contient une très fine poussière, prenant avidement les colorants basiques (fig. 1). On ne note aucune fibrille de réticuline entre les cellules qui apparaissent complètement isolées les unes des autres, ne présentant aucun prolongement cytoplasmique. A noter la présence en certains points de granulations calcaires.

Au niveau de la zone où la tumeur commence à envahir le tissu sain néoformation considérable de vaisseaux avec développement hypertrophique des cellules adventitielles (telangiectasie) et prolifération de l'endartère entraînant une diminution importante de la lumière du vaisseau. Ces vaisseaux de néoformation ont leurs parois très riches en fines fibrilles de réticuline mais aucune de ces fibres ne pénètre entre les cellules tumorales.

L'envahissement du tissu nerveux par les cellules néoplasiques se fait principalement par les espaces périvasculaires.

La tumeur s'étend d'une façon serpigineuse. Dans la substance blanche, elle détruit d'abord la myéline en progressant sous forme de traînées formant des méandres et laissant entre elles des zones bien myélinisées (fig. 2). Cette disposition rappelle celle des lésions dans certains cas de maladie de Schilder.

Sur les coupes traitées par la méthode de Hortéga pour les neurofibrilles, on note que les cylindres axes présentent des gonflements, des boursouflures en forme de chapelet. Certaines cellules pyramidales avant de disparaître ne renferment plus que quelques neurofibrilles épaissies, tortueuses. A noter dans le voi-

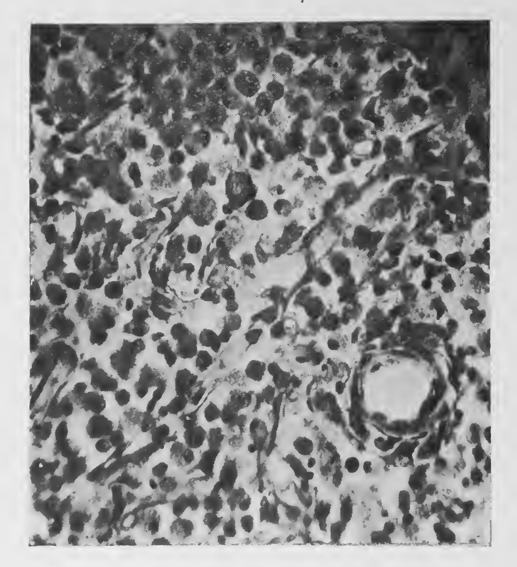


Fig. 1.

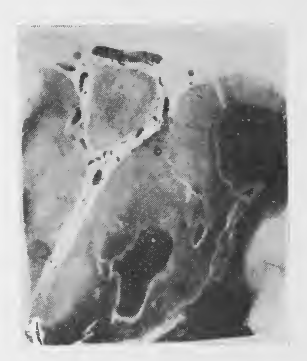


Fig. 2.

sinage même du tissu tumoral en certains points du cortex quelques cellules ganglionnaires calcifiées.

Autour de la région envahie prolifération névroglique monstrueuse. Dès que ces éléments névrogliques entrent en contact avec le tissu tumoral, ils dégénèrent et finissent par disparaître. Des cellules névrogliques situées loin du tissu tumoral, principalement celles situées dans la couche moléculaire, ont leur protoplasma bourré de granulations qui restent colorées en gris par le Weigert-Pal.

Dans les régions péritumorales, présence de nombreuses cellules microgliques en bâtonnet qui disparaissent aussi dès qu'elles entrent en contact avec le tissu de néoformation.

A mesure que la tumeur progresse, les parties les plus anciennes dégénèrent et de vastes régions cérébrales, des moitiés de circonvolution ou des circonvolutions entières tout en ayant conservé leur forme, ne sont plus formées que d'un tissu amorphe. Les vaisseaux qui persistent dans ces régions dégénérées ont leur lumière trés rétrécie. Au Weigert-Pal, les espaces périvasculaires sont occupés par d'épais manchons de débris myéliniques.

La pie-mère qui se trouve au contact du tissu tumoral est par endroits envahie par les éléments néoplasiques qui s'infiltrent sous forme de boyaux entre les lames de collagène sans jamais donner lieu à des épaississements méningés. En ces endroits la pie-mère adhère intimement au cortex.

En aucun point, qu'il s'agisse du tissu néoplasique, de ses confins ou des autres régions cérébrales, on ne note la moindre réaction lymphocytaire péri-vasculaire.

Outre les régions cérébrales qui, macroscopiquement, apparaissent envahies par le tissu tumoral, on trouve dans des régions éloignées, surtout dans la substance grise, des petits nodules tumoraux microscopiques, de sorte qu'en réalité l'étendue du tissu tumoral dans les deux hémisphères est bien plus considérable que ne le laissait supposer l'examen macroscopique. Dans ces régions, les cellules ganglionnaires sont altérées. La plupart ont leur cytoplasma envahi par une zone pigmentée. Les granulations chromophiles restent bien ordonnées dans les autres parties du cytoplasma. Les noyaux sont souvent situés excentriquement.

*Cervelet.* — Pas de lésions importantes. Les cellules des noyaux dentelés sont toutes pigmentées.

*Pédoncules cérébraux et bulbe.* — Quelques vaisseaux sont atteints de périvascularite. Un nodule inflammatoire dans la substance réticulée au voisinage du corps restiforme droit.

*Moelle.* — Oblitération complète du canal central par les cellules épendymaires proliférées. Réaction lymphoïde autour de quelques vaisseaux.

*Hypophyse.* — Congestion intense. Dans le lobe antérieur, nombreuses cellules acidophiles.

*Organes.* — *Foie :* aucune lésion.

*Reins :* légère sclérose diffuse. Quelques glomérules sont scléreux.

*Rate :* elle présente un aspect très particulier de fibro-adénie. Les tractus fibreux sont très développés. Le tissu réticulaire des cordons de Billroth a tellement proliféré que les corpuscules de Malpighi, très peu nombreux, paraissent étouffés dans le tissu fibreux. Par la méthode d'Hortega, la réticuline apparaît extrêmement développée et toutes les cellules apparaissent entourées de fines fibrilles de réticuline. Aucun amas pigmentaire. Aucune réaction macrophagique.

Chez ce sujet, les troubles moteurs, qui sont restés dominants pendant toute la durée de l'affection, ont procédé par à-coups à début brusque, comme si le malade avait été atteint d'ictus successifs. Ils ont revêtu tour à tour la forme paraplégique, monoplégique et hémiplégique, s'accompagnant transitoirement de contracture variable d'un jour à l'autre, comme dans les cas de lésions compressives, et cependant les lésions tumorales étaient essentiellement destructives, intéressant les deux voies pyramidales gauche et droite. A aucune période, on n'a constaté de crise convulsive, de céphalée, de vomissements. Jusqu'à la période terminale, la stase papillaire a fait défaut et l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a décelé qu'une légère albuminose.

Les troubles mentaux consistaient en une simple agitation anxieuse intermittente. La tumeur a évolué, suivant l'expression de Chavany et Placa (1), comme une affection cérébrale subaiguë à marche rapide puisque la durée a été seulement de quelques mois.

L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'une forme rare de tumeur cérébrale, d'un gliome à cellules isolées, appelé encore neuroblastome apolaire, extrêmement malin, procédant par une infiltration des deux hémisphères cérébraux sans modification de leur volume et de leur forme, comme s'il s'agissait d'un processus infectieux.

---

(1) J.-A. Chavany et A. Placa. — L'hémiplégie dans les tumeurs cérébrales et spécialement dans les tumeurs des hémisphères. *Presse médicale,* 14 avril 1937, p. 569.

# Hémorragies subdurales dues à des traumatismes périphériques

par M. le Professeur Mazhar-Osman Uzman
(de Stamboul)

---

Les hémorragies cérébrales d'origine traumatique sont dues, généralement, à des traumatismes craniens. L'hémorragie se produit dans la partie touchée ou, par contre-coup, du côté opposé.

Les hémorragies cérébrales que nous pouvons diviser en quatre groupes sont : durales ou pachyméningiales, piales ou sub-arachnoïdiennes, centrales ou capsulaires, bulbaires, pédonculaires et cérébelleuses.

Les hémorragies durales proviennent de la rupture des vaisseaux de la dure-mère, c'est-à-dire de l'artère méningée moyenne ou de ses embranchements. Elles sont extra ou épidurales.

Quant aux hémorragies subdurales, elles sont dues à la rupture des veines si nombreuses de la pie-mère, particulièrement de celles qui aboutissent au sinus longitudinal supérieur. Dans certains cas, il y a rupture du sinus même. Dans ce genre de traumatisme il peut y avoir hémorragie sans qu'il y ait blessure du crâne.

Immédiatement après être blessé, le malade tombe dans une complète hébétude. On remarque souvent tous les symptômes de la commotion cérébrale. Parfois ces symptômes sont très légers ; parfois même ils n'existent pas. Le malade se réveille de sa torpeur et reprend toute sa lucidité. Mais après un temps, il retombe dans l'inconscience. Dans les lésions de l'artère méningée moyenne, cette lucidité peut avoir une durée de 24 heures, des fois de quelques jours, des fois encore d'une semaine et même plus.

Dans un cas observé par Raymond elle a duré un mois.

Le malade dans l'espace de quelques heures commence à délirer ; il entre dans le coma, le pouls se ralentit, la respira-

tion est stertoreuse. Il n'y a pas de stase papillaire ; parfois très légère au début elle disparaît vite. Dans certains cas, on voit des centres d'irritation d'un seul côté : crampes, contractures, raideurs de la nuque, signe de Kernig. Une paralysie incomplète s'établit d'un seul ou de deux côtés. La pupille est dilaté du côté de l'hémorragie. Il n'est pas rare de remarquer que le signe de Babinski est aboli dans les hématomes de la dure-mère. Le coma n'est pas complet et cela aide grandement le diagnostic. Parfois dans les blessures du crâne des collections séreuses subarachnoïdiennes se forment, difficilement différenciables des hémorragies. Dans les hématomes de la dure-mère il n'y a pas de sang à la ponction, tandis que dans les épanchements subarachnoïdiens la ponction est sanguinolente. Cela facilite le diagnostic. L'intervention chirurgicale est le seul moyen pour parer à tout accident. Ligaturer les vaisseaux lésés, enlever et nettoyer le caillot sont les seuls moyens efficaces. La glace sur la tête et la saignée sont souvent sans résultat. Même s'il n'y a pas de blessure visible, l'intervention chirurgicale est indiquée : surtout si les signes d'hypertension cérébrale prennent une allure menaçante et si les symptômes locaux ne s'amendent pas, il ne faut pas hésiter à opérer.

Dans les cas que nous présentons, quoique les tableaux cliniques soient ceux d'une hémorragie méningée, le traumatisme est situé très loin du crâne. Dans l'un des cas c'est un choc sur la jambe à la suite d'un saut qui est cause de l'hémorragie ; dans l'autre c'est une chute sur un terrain mou et uni lors d'une promenade à cheval.

Dans ces cas, très longtemps après le traumatisme, un épanchement sanguin se produit lentement et progresse jusqu'à ce que le sujet tombe finalement dans le coma et succombe, si une intervention chirurgicale n'est pas pratiquée en temps opportun.

Le traumastisme n'étant pas directement cranien, le fait qu'un quelconque traumatisme puisse causer un accident grave et surtout l'installation tardive et progressive de la paralysie sont des causes suffisantes pour rendre le diagnostic des plus difficiles.

L'hémorragie à la superficie et en nappe s'installe lentement. Pour que l'intervention chirurgicale puisse être efficace, il est de la plus haute importance que le diagnostic soit très précoce.

Je présente deux cas pareils d'hémorragie subdurales que j'ai pu observer et dont j'ai pu suivre le cours :

Obs. I. — M. N..., colonel en retraite, âgé de 47 ans, a voulu sauter d'un tramway en marche. Il tombe sur la jambe droite ; très légère contusion et douleur. Il se relève et va à son travail. Il ressentit alors un très léger engourdissement de la jambe droite. Il pense que c'est la conséquence de la chute. L'engourdissement continue et progresse. Au bout de deux semaines il le ressent dans le bras droit aussi et, deux mois plus tard, une hémiparésie droite flasque est manifeste. Le malade est couché sur le dos. A l'examen, on voit que la paralysie présente les symptômes d'une hémiparésie organique due à une lésion hémisphérique, même centrale. Pas de convulsion, pas de contracture. La sensibilité est normale ; l'examen du fond des yeux est normal. Babinsky et Oppenheim sont positifs. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Le liquide céphalo-rachidien est clair. La tension artérielle est normale. Le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négatif. Weichbrodt et Pandy possitifs ; très légère augmentation protéinique (avec Nissl 1).

On pense que cette hémiparésie s'installant progressivement dans l'espace d'un mois est due à une hémorragie subdurale et on décide l'opération. Après trépanation, on constate l'existence d'une hémorragie en nappe à la surface de l'hémisphère gauche. L'artère est ligaturée. Le malade succombe avant la fin de l'opération, du choc opératoire.

Obs. II. — Le 6 juin 1934, M. R..., commerçant, âgé de 54 ans, entre à l'hôpital dans un état semi-comateux. On constate une hémiplégie droite nette. La tension artérielle est de 15. Le cœur est régulier ; pas de souffle. L'appareil respiratoire est normal. Le foie n'est pas hypertrophié. Dans les urines prélevées par sondage vésical, on ne décèle aucune modification essentielle. Le sucre dans le sang : 1,25. Urée : 0,47. Cholestérine : 1,5. Le Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est négatif. La r. Globuline est positive.

La famille nous renseigne qu'il n'y a pas eu de traumatisme récent, mais que toutefois, 2 mois avant la consultation, le 6 avril 1934, le sujet était tombé de cheval. Le terrain de chute était meuble. Il tomba d'ailleurs sur l'épaule gauche. On constate une légère et petite égratignure au menton. Lors de la chute il ne s'est pas évanoui ; il se releva de lui-même, tout de suite, et tranquillement rentra en ville. Il se présenta chez un médecin et le pria de lui faire des injections antitétaniques. Une semaine plus tard, il ressent des maux de tête très violents. Les douleurs augmentent

de jour en jour davantage. Un mois et demi après la chute il ressent des engourdissements dans la jambe droite. Le 4 juin, l'hémiplégie est complète et le malade tombe dans le coma. Le malade est transporté d'Ismit à Stamboul pour être soigné dans une clinique ; on constate que le coma est de plus en plus profond. Cela ressemble fort à la première observation. Nous proposons à la famille l'intervention chirurgicale. 2 heures après le malade est opéré. On constate une grande hémorragie subdurale. L'artère est ligaturée. On nettoie le tout. Comme dans le premier cas, j'avais considéré celui-ci comme tout à fait perdu après l'opération et j'ai eu l'occasion de le voir deux mois après notre consultation complètement rétabli. Le sujet était normal. Rien chez lui, ni défaut psychique, ni traces de parésie.

En posant le diagnostic dans des cas pareils, il faut toujours tenir compte du temps libre assez long qu'il peut y avoir entre le traumatisme et les symptômes pathologiques. Devant les paralysies lentement progressives dues à des traumatismes proches (2 mois), il nous faudrait penser à une hémorragie des méninges et l'accepter de suite pour pouvoir, devant des symptômes progressifs, intervenir chirurgicalement au plus tôt. Ces cas, perdus par eux-mêmes, peuvent souvent être sauvés par une trépanation sans danger.

---

# Epilepsie bravais-jacksonienne : arachnoïdite fronto-pariétale d'origine traumatique

par MM. Maurice PERRIN, GRANDPIERRE, ROUSSEAUX
et CASTELAIN (de Nancy)

---

Depuis le remarquable rapport du Professeur H. Claude à la réunion neurologique internationale (Paris 30-31 mai 1933), la réalité de l'existence des « méningites séreuses » circonscrites, n'est plus mise en doute par personne. Le développement actuel des méthodes neuro-chirurgicales a permis d'établir, d'une manière indiscutable, le bien fondé de la classification que H. Claude avait donné de ces collections, dites séreuses, du liquide céphalo-rachidien, en arachnoïdites spinales, hydrocéphalies internes ou épendymites ou ventriculites, hydrocéphalies externes ou arachnoïdo-pié-mérites cérébrales, et de montrer la fréquence relative, pour ces dernières, des localisations à la fosse postérieure (arachnoïdites de la fosse postérieure) et au niveau de la citerne basilaire antérieure (arachnoïdites opto-chiasmatiques).

Moins souvent signalée peut-être est l'arachnoïdite circonscrite de la corticalité cérébrale, bien que H. Claude lui-même ait attiré à plusieurs reprises l'attention sur elle et en particulier par une observation très démonstrative d'arachnoïdite kystique de la région fronto-pariétale, qu'il a rapportée dans le *Progrès Médical* (20 août 1934). C'est pourquoi nous avons cru intéressant de relater ici le cas suivant, dont l'intérêt nosologique nous paraît ne pas être négligeable, parce qu'il constitue une preuve de plus à l'appui de la pathogénie traumatique de certaines de ces arachnoïdites circonscrites.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans. B. S..., adressé au service du Professeur Maurice Perrin, le 15 avril 1937, pour épilepsie. L'histoire de ce malade peut être reconstituée de la façon suivante :

En 1935, en jouant, B... fait une chute ayant occasionné une plaie du cuir chevelu dont on voit encore la cicatrice longue de 5 cm. environ, au niveau de la bosse frontale gauche, sur la ligne d'insertion des cheveux ; il ne semble pas y avoir eu de signes précis de commotion cérébrale ; en tout cas, le malade et sa famille n'en ont pas gardé le souvenir.

Deux ans après cet accident, après quelques épisodes céphalalgiques légers mais toujours localisés à la région fronto-pariétale gauche, apparition d'une première crise d'épilepsie. Depuis, réapparition de crises environ une fois par mois, enfin, durant ces derniers mois, le malade fait des crises plus fréquentes jusqu'à 5 jours de suite, ce qui a décidé son médecin, devant l'échec du gardénal, à l'adresser au service du Professeur Maurice Perrin.

Les crises que présente ce malade, essentiellement motrices, débutent toujours par un tremblement des doigts de la main droite ; puis, progressivement, les convulsions gagnent tout le membre supérieur droit. Le malade assiste à la progression des convulsions, mais dès que le membre supérieur droit est pris en entier, il perd connaissance et ne conserve par la suite aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il semble ne s'être jamais mordu la langue ; mais il perd ses urines au cours de la crise.

*L'examen neurologique* ne montre l'existence d'aucun trouble sensitif, d'aucun trouble moteur, — hormis peut-être une légère diminution de la force musculaire du membre supérieur droit — d'aucune modification des réflexes tendineux ou cutanés. Par contre il existe indiscutablement une parésie faciale droite à type central.

*La ponction lombaire* donne un liquide clair, dont la tension en position couchée est de 40 au manomètre de Claude, l'épreuve de Queckenstedt est positive. L'examen biologique du liquide céphalo-rachidien donne : réaction de B.-W. négative ; réaction du benjoin colloïdal normale. A l'examen cyto-chimique on trouve : Cellules au mmc.. 0,8 ; Albumines totales au litre, 0 gr. 30 ; Globulines, néant ; glucose au litre, 0 gr. 49.

*L'examen oculaire* pratiqué le 3 mai 1937 (D[r] Thomas) montre : stase papillaire très légère, un peu plus marquée à gauche qu'à droite, champ visuel normal.

Diplopie croisée dans le regard de face.

Diplopie homonyme dans le regard à gauche V.O.D.G. 4/10[e] faible sans correction.

*Sur les radiographies du crâne,* on ne voit aucune modification pathologique; en particulier aucun enfoncement au niveau de la région fronto-pariétale gauche, pourtant sensible à la pression un peu forte.

Dans ces conditions, nous basant sur l'existence de signes discrets d'hypertension intra-cranienne, sur le mode de début tou-

jours le même des crises épileptiques, sur la présence d'une parésie faciale droite, il nous semble logique d'admettre qu'il y a au niveau de la région prérolandique gauche, une compression cérébrale légère dont le traumatisme antérieur est vraisemblablement responsable, par le mécanisme d'une arachnoïdite circonscrite ; nous estimons par conséquent qu'une intervention chirurgicale est légitime.

*Intervention* le 10 mai 1937 (Dr Rousseaux, Blum et Bocquet) dans le service de M. le Professeur Jacques. Anesthésie locale. Position couchée. On taille facilement un volet fronto-pariétal gauche, à base temporale. Os très saignant. Le volet rabattu, la dure-mère ne bat pas. Celle-ci, légèrement épaissie, est incisée verticalement à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de l'ouverture ; elle est doublée d'une mince membrane pellucide dont l'effondrement donne lieu à un écoulement abondant de liquide céphalo-rachidien, qui semble sourdre d'une multitude de petits orifices punctiformes, limités par un délicat réseau de mailles s'étendant en pont, par dessus les sillons séparant les circonvolutions ; à la périphérie de ce lac sous-arachnoïdien des dimensions d'une pièce de vingt francs actuelle, le cerveau est œdématié (aspect en gelée) et nettement hypervascularisé. Après « nettoyage » de cette collection séreuse aux cloisons multiples, le cerveau reprend de l'expansion et recommence à battre normalement. Suture de la dure-mère sauf à la partie inférieure vers la fosse temporale. Ablation de la partie inférieure du volet et de la partie supérieure de l'écaille temporale, de façon à réaliser une décompression permanente. Suture du cuir chevelu en deux plans, après hémostase soigneuse.

*Suites opératoires :* très simples sans aucun incident.

Après l'intervention, disparition complète des céphalées ; régression progressive des signes oculaires. Pas de crises d'épilepsie depuis l'opération, mais naturellement, nous faisons à ce sujet, toutes réserves, car il est encore trop tôt pour porter un jugement définitif.

Cette observation illustre parfaitement, selon nous, les notions émises depuis quelques années par H. Claude, Clovis Vincent et tout récemment encore par de Martel et Guillaume au sujet de cette variété de méningites séreuses circonscrites.

La symptomatologie clinique était, à peu de choses près, celle d'une tumeur intra-cranienne, analogue, par exemple, à celle d'un méningiome pré-rolandique dont nous avons rapporté l'observation à la Société de Médecine de Nancy (séance du 9 décembre 1936).

Néanmoins, quelques particularités permettent de distin-

guer habituellement ces pseudo-tumeurs cérébrales, des tumeurs vraies. Tout d'abord, l'hypertension intracranienne, la stase papillaire, peuvent manquer, comme y ont insisté Claude et Clovis Vincent, et, si elle existait chez notre malade, elle était très discrète.

D'autre part, la symptomatologie neurologique proprement dite, est généralement réduite au minimum, sauf, naturellement, dans les cas avancés.

Comme l'écrivaient encore dernièrement de Martel et Guillaume (*Revue Médicale Française*, mai 1937), dans la leptoméningite séreuse péri-cérébrale, « la symptomatologie ne diffère d'une observation à l'autre que par une plus ou moins grande richesse, mais dans tous les cas, les manifestations irritatives l'emportent sur les manifestations déficitaires, qui sont le plus souvent tardives et modérées ». Il n'y avait, chez notre malade, comme manifestation déficitaire, qu'une légère parésie faciale de type central — d'importance localisatrice, d'ailleurs grande, selon nous — mais le signe flagrant était en somme une épilepsie bravais-jaksonienne, à début brachial, se généralisant rapidement, et dont les crises se rapprochaient progressivement, comme il est habituel dans cette affection.

L'observation que nous rapportons offre aussi, croyons-nous, comme nous le disions au début, un grand intérêt nosologique. Cette arachnoïdite est indiscutablement d'origine traumatique pure. En 1933, lors de la Réunion neurologique internationale, l'étiologie traumatique de certaines de ces arachnoïdites était admise difficilement par beaucoup. Depuis, plusieurs cas ont été publiés, qui ont permis d'affirmer la réalité de cette étiologie, en particulier des observations de H. Claude, de Clovis Vincent, de Minkowski, de Faure-Beaulieu, de Ramon et Puech, de Petit-Dutaillis et de de Martel et Guillaume.

Notre observation nous paraît également démonstrative, car chez ce malade, à aucun moment, il n'y a eu d'infection quelconque, qui pourrait laisser un doute : le traumatisme cranien seul doit être considéré comme étant à l'origine de cette arachnoïdite fronto-pariétale.

Si le mécanisme pathogénique de ces arachnoïdites traumatiques n'est pas encore élucidé d'une manière définitive — bien qu'il soit assez logique de les considérer comme dues à une réaction inflammatoire des méninges molles, consécutive à une hémorragie sous-durale discrète (Van Gehuchten) — il n'en est pas moins vrai qu'on ne doit plus méconnaître main-

tenant l'intérêt diagnostique de ces séquelles des traumatismes craniens et il est vraisemblable que l'examen plus précis de nouveaux blessés, et la pratique de l'encéphalographie, en feront découvrir assez souvent parmi ceux que l'on range quelquefois, trop facilement, dans le cadre du « syndrome subjectif commun des traumatises du crâne » (H. Claude).

L'indication opératoire est formelle, selon nous, dans les cas comme le nôtre, où les signes cliniques impliquaient la certitude d'une compression localisée du cortex. La ponction lombaire, l'insufflation gazeuse des espaces sous-arachnoïdiens ne sont de mise que lorsqu'il existe, soit une méningite séreuse diffuse, soit un doute sur la réalité même de l'arachnoïdite. Mais, dans les cas comme celui que nous rapportons, il n'y a rien d'autre utile à faire qu'un large volet ostéo-plastique qui permet à la fois de vider la collection séreuse sous-arachnoïdienne, et de réaliser une décompression permanente de l'encéphale, cette décompression nous paraissant, comme H. Claude l'avait spécifié il y a plusieurs années, un des éléments essentiels de la persistance des effets heureux de l'intervention.

## Discussion

M. le Dr Rouquier (de Nancy). — Je me permets, à propos de séméiologie préfrontale, de faire remarquer que les tumeurs sont un très mauvais sujet d'étude, parce qu'elles s'accompagnent d'œdème et d'hypertension, susceptibles de déterminer des troubles à distance. Lorsqu'il existe, par exemple, une lésion de la frontale ascendante, les bras dévient du côté opposé à la lésion, alors que, chez les sujets atteints de lésion des circonvolutions horizontales, ils dévient du côté de la lésion, la déviation étant plus marquée pour le bras correspondant au lobe atteint.

# Sur un signe radiologique précoce dans la paralysie bulbaire

par M. P. Jacques

---

Par leur installation progressive chez des hommes d'âge mûr, en l'absence de réactions douloureuses ou inflammatoires, les troubles dysphagiques des paralysies bulbaires rappellent assez les accidents caractéristiques des sténoses néoplasiques de l'œsophage. Aussi arrive-t-il aux laryngologistes de se voir adresser, comme atteints vraisemblablement de cancer, des déficients de la motilité et de la sensibilité pharyngées. Le simple examen d'un bon cliché radiographique, pris après absorption de bouillie opaque, suffirait à trancher la question, si un examen clinique attentif ne permettait habituellement de caractériser l'affection névraxique causale.

Deux exemples vont en témoigner :

Observation I. — M. V..., 64 ans, retraité, éprouve depuis plusieurs mois des difficultés croissantes de déglutition. Les aliments solides lui semblent s'arrêter dans le bas de la gorge et interdire, dès les premières bouchées, l'ingestion subséquente du bol mastiqué. Quelques efforts de vomiturition ou des pressions exercées sur les côtés du larynx arrivent à libérer le passage en provoquant soit le rejet, soit la descente des matières déglutiés. Les liquides passent mieux, mais parfois « de travers », en donnant lieu à des accès de toux. Pas de reflux nasal ; aucune douleur locale, ni irradiée ; aucune expuition sanguinolente. Le syndrome subjectif est celui d'un cancer œsophagien haut placé, ou plutôt encore, d'un diverticule de l'hypopharynx.

Pourtant l'attention est attirée d'emblée par l'habitus typhique du malade. La démarche fatiguée, les mouvements lents, la chute bilatérale des paupières, la voix enrouée, l'articulation imparfaite et quelque peu nasonnée, rappellent de très près le facies de la polio-encéphalite chronique. Le sujet dit avoir fait, du reste, il y a deux ans, un séjour dans un service de clinique médicale de la Faculté, où un traitement antisyphylitique a été effectué, d'ailleurs sans résultat apparent.

A l'examen de la cavité bucco-pharyngée on remarque tout d'abord l'aspect dépapillé, rose violacé, ridé longitudinalement, de la langue, dont le volume est nettement diminué. La motilité de l'organe est elle-même réduite : la projection hors des arcades est incomplète, mais sans déviation. Le voile est pâle, variqueux, tombant symétriquement. Les amygdales, de volume normal, sont parsemées des deux côtés de macules blanchâtres de muguet. Il en est de même de la gouttière pharyngée et des replis aryépiglottiques. L'épiglotte, couchée, se relève mal dans la phonation, laissant apercevoir les cordes vocales rougies, en position intermédiaire, mal tendues, animées de mouvements incordonnés tout en restant symétriques et s'affrontant imparfaitement dans l'émission des sons.

Tous les troubles fonctionnels, qu'expliquent les altérations organiques, varieraient beaucoup d'intensité aux dires du sujet. Atténués le matin, ou après un temps de repos, ils s'accentuent rapidement après quelques instants d'activité. La déglutition, en particulier, exige une grande lenteur dans l'ingestion et devient de plus en plus laborieuse à mesure qu'avance le repas. Bref il existe une fatigabilité insolite de tous les muscles concourant à cet acte. En sorte que le diagnostic de myasthénie bulbospinale Erb-Goldflam semble mieux convenir ici peut-être que celui de paralysie labio-glosso-pharyngée, tant en raison de l'atteinte du releveur palpébral que de l'évolution prolongée de la maladie.

Quoi qu'il en soit, le mécanisme de l'arrêt des aliments ne semble pas avoir été précisé jusqu'à présent, en raison de la multiplicité des éléments nerveux actionnant la musculature du conduit bucco-pharyngo-œsophagien.

L'endoscopie nous révèle au miroir ou au tube les déficiences partielles des diverses formations contractiles, mais la part revenant à chacune dans le mécanisme de la dysphagie méiopragique n'est bien mise en évidence que par la radiographie. Sur un cliché de profil on voit avec la plus grande netteté que la bouillie opaque vient s'accumuler entre la base de la langue et l'épiglotte, qu'elle refoule en arrière, tandis qu'un mince filet de liquide suinte latéralement et descend dans l'entonnoir hypopharyngien et dans l'œsophage. Une projection postéro-antérieure montre mieux encore cette stagnation du bol baryté au-dessus de l'ouverture du larynx, avec une échancrure médiane dans la tache opaque, causée par la saillie du frein de l'épiglotte.

Observation II. — M... G..., 62 ans, présente depuis un certain temps déjà des difficultés pour parler et pour avaler. Sa voix se voile facilement. L'état général ne semble pas avoir notablement souffert.

Dans la conversation on remarque une légère résonance nasale

de la voix. Les paupières supérieures sont un peu tombantes, particulièrement à gauche.

L'examen direct montre une langue plicaturée, mamelonnée, dépapillée, à projection limitée. La motilité du larynx est conservée dans l'adduction ; l'abduction est satisfaisante, la tension imparfaite. Les cordes sont à peine rosées. Lésions et troubles fonctionnels sont bilatéraux. L'épreuve radiographique révèle une accumulation de bouillie dans la vallécule dilatée. On note également l'irrégularité du calibre de l'œsophage dont la lumière affecte une disposition moniliforme.

L'identité d'aspect radiographique chez le second malade, pourtant moins sévèrement atteint que le premier, semble bien situer la disphagie de l'isthme parmi les symptômes précoces de la myasthénie bulbaire, dont elle constituerait un signe pathognomonique, caractérisé par l'incapacité fonctionnelle des muscles linguaux.

# Les lésions de la névraxite ourlienne humaine et expérimentale

par MM. V. de Lavergne, P. Kissel et H. Accoyer
(de Nancy)

---

La notion de névraxite ourlienne est, à l'heure actuelle, essentiellement fondée sur des arguments cliniques, du fait de la curabilité habituelle des manifestations nerveuses d'origine centrale qui peuvent se produire au cours des oreillons. Et cependant, la preuve anatomo-pathologique paraît indispensable pour affirmer que les accidents observés sont bien de nature infectieuse et ne relèvent pas d'une autre origine. C'est cette preuve anatomo-pathologique que nous voulons dégager en comparant les lésions constatées aux rares autopsies de névraxite ourlienne humaine avec les lésions obtenues expérimentalement.

1° *Les lésions de la névraxite ourlienne humaine.* — A notre connaissance, il existe 12 autopsies de névraxite ourlienne humaine, dont 2 seulement (obs. de Bien et surtout de Wegelin) peuvent être utilisées pour la description de ses caractères histologiques.

Les lésions constatées sont les suivantes : au niveau de l'encéphale et de la moelle, infiltration lymphocytaire des méninges et des gaines périvasculaires avec des suffusions hémorragiques, prolifération névroglique diffuse ou sous forme de nodules, souvent juxta-vasculaires, îlots de démyélinisation. L'atteinte des cellules nobles est discrète : chromatolyse, rarement neuronophagie.

Pour intéressantes que soient les observations de Bien et de Wegelin, on peut estimer qu'elles ne constitueraient qu'une base fragile à la conception de la névraxite ourlienne à laquelle les cliniciens ont donné une si grande extension, si elles n'étaient appuyées par la constatation de lésions expérimentales similaires.

2° *Les lésions de la névraxite ourlienne expérimentale.* — En 1914, Gordon procéda, chez le singe, à des inoculations intra-cérébrales de salive filtrée d'ourliens. Ayant sacrifié les

animaux, il constata l'existence d'une infiltration lymphocytaire des méninges, de la congestion et de petites hémorragies capillaires et aussi une augmentation des cellules névrogliques et parfois une altération discrète des cellules nobles (chromatolyse).

M. Wollstein ne reproduit, chez le chat, qu'une méningite sans névraxite. Les expériences rapportées par cet auteur sont discutables, la précocité de la réaction méningée et sa teneur élevée en polynucléaires paraissant signifier qu'il s'agit, non d'une méningite ourlienne, mais d'une réaction méningée banale due à la pénétration de liquide hétérogène.

Expérimentant par une méthode nouvelle, nous avons pu réaliser, chez le lapin, une névraxite ourlienne, grâce à l'inoculation par voie sous-arachnoïdienne de liquide céphalo-rachidien d'homme atteint de méningite ourlienne.

Cette infection se traduit par une première phase de méningite, décelable, au 4e jour après l'inoculation, par des modifications cytochimiques du L. C.-R. Ce processus dure une huitaine de jours et se termine par la guérison.

A cette phase méningée, succède, chez certains animaux s ulement, une phase d'encéphalo-myélite évoluant en trois semaines environ, et également curable. Cette névraxite se caractérise histologiquement par les lésions suivantes (cerveau et moelle) : infiltration périvasculaire à lymphocytes, nodules inflammatoires à l'intérieur du parenchyme nerveux, réaction névroglique diffuse ou en îlots, démyélinisation discrète non systématisée, enfin lésions des cellules nerveuses secondaires et limitées. L'expérimentation fournit donc à la notion de névraxite ourlienne un appui solide, les lésions humaines et les lésions expérimentales étant similaires.

D'autre part, l'étude expérimentale permet de comprendre pourquoi la preuve anatomo-pathologique de la névraxite est si rarement donnée chez l'homme : chez le lapin aussi, la névraxite ourlienne serait curable et passerait inaperçue, si les animaux n'étaient pas sacrifiés en temps voulu.

Enfin les lésions obtenues par inoculation sous-arachnoïdienne permettent de classer le virus ourlien parmi les agents des *mésodermoses neurotropes* expérimentales, le premier stade, obligé, de l'infection, étant caractérisé par l'infiltration lymphocytaire méningo-péri-vasculaire.

Dans le cas de la névraxite ourlienne expérimentale, de telles lésions sont sous la dépendance de la voie d'accès du virus.

# Sur les essais de reproduction expérimentale de la base anatomique des leucoencéphalomyélites

par M. le Professeur A. Donaggio (de Bologne)

---

La lésion discontinue de la fibre nerveuse, qui, par exemple, est le propre de la sclérose en plaques, se retrouve dans cette condition, que j'ai obtenu par l'expérimentation, dans le névraxe des chiens intoxiqués avec la toxine diphtérique (C.R. du Congrès de la « Soc. Italiana de Freniatria », Florence 1896 ; v. aussi ma communication « *Lesioni delle fibre nervose spinali nelle psico-nevrosi acute* » : Riv. sperim. di Freniatria, Fesc. 4-1897), et que j'ai appelé « *Atrophie intercalée dans le trajet de la fibre nerveuse* ». A la suite des résultats de mes recherches chez les chiens intoxiqués par le nitrate d'argent (1898), j'ai renouvelé mes conclusions que « l'atrophie de la fibre nerveuse ne se borne pas à se présenter d'une façon primitive, mais elle peut s'engendrer dans n'importe quelle partie de la fibre nerveuse ». En 1897, H. Claude a décrit des démyélinisations disséminées à la suite de l'intoxication par la toxine tétanique. Céni et Besta ont retrouvé, en examinant des chiens soumis à l'action des toxines aspergillaires, un cas dans lequel existaient des foyers multiples dans la substance blanche de la moelle épinière. En 1923, avec une substance hémolitique, la saponine, j'ai produit expérimentalement, dans le névraxe des chiens, des plaques dans la phase initiale de la lésion des fibres nerveuses, que j'ai pu analyser avec ma méthode pour la démonstration de la phase initiale de la dégénérescence des fibres nerveuses ; de même, j'ai pu déterminer la formation des dégénérescences disséminées des fibres nerveuses à la suite du traumatisme expérimental (1925). Huzzatto et Lévi ont obtenu la formation des plaques dans la moelle épinière des chiens avec la vinilammine. Brükner a obtenu des faits de démyélinisation dans la moelle épinière du rat par

l'immersion de la moelle dans le sérum sanguin de malades de sclérose en plaques. Meyer, Putnam et d'autres auteurs ont décrit des lésions en foyer dans l'intoxication oxicarbonée expérimentale. Récemment, Ferraro a retrouvé des plaques de démyélinisation à une phase avancée de sclérose, dans le névraxe des chats et des singes intoxiqués par le cyanure de potassium, tandis que Rubino, dans ses recherches avec la même substance toxique, injectée aux lapins, et Tolone, dans ses recherches sur le chat, également avec le cyanure de potassium n'ont pas observé des lésions semblables.

Mon aide de clinique, P. Jedlowski — qui, avec ma méthode pour la démonstration de la phase initiale des dégénérescences de la fibre nerveuse, avait démontré le premier que l'ambliopie réversible à la suite de l'intoxication par les sels de quinine était en rapport avec une modification réversible des fibres du nerf optique, et que le même fait se présentait dans l'ambliopie réversible provoquée par l'intoxication avec le cyanure de potassium chez le chien — a constaté que les chiens, même adultes, sont très sensibles à l'intoxication par le cyanure de potassium ; ils présentent des tremblements, des paralysies spastiques du train postérieur et aussi de tous les arts. Ces phénomènes peuvent devenir persistants quand l'intoxication est prolongée (jusqu'à deux ou trois mois et plus), et si les doses quotidiennes sont très élevées (jusqu'à des doses quotidiennes de 60, 80 milligrammes chez les chiens adultes du poids de 12-14 kilos). Chez les chiens soumis à l'intoxication aiguë, avec le cyanure de potassium, il a retrouvé, avec ma méthode pour la dégénérescence initiale, des lésions disséminées initiales des fibres nerveuses, ce qui démontre la rapidité d'action de cette substance toxique qui agit sur la fibre nerveuse avant que la microglie, l'oligodendroglie, la névroglie présentent des modifications.

Chez les chiens qui ont été intoxiqués pendant 2-3 mois Jedlowski a trouvé les faits suivants :

1° Plaques dans la substance blanche, surtout de l'encéphale et, d'une façon particulière, dans la substance blanche sous-corticale, formées par des fibres en état de dégénérescence initiale visibles seulement avec ma méthode ; ce qui précise l'existence d'une phase dans la formation des plaques qui n'avait pas encore été démontrée dans l'intoxication par le cyanure de potassium (fig. 1).

2° Plaques qui se présentent sous une forme qu'on n'avait jamais observée auparavant dans le terrain expérimental, et que M. Jedlowski a appelées « *Plaques à formation concentrique* ». Avec ma méthode pour la coloration positive des dégénérescences initiales, la partie centrale de ces plaques présente des fibres lésées et raréfiées ; autour de cette zone de raréfaction, visible aussi avec l'image négative (méthode de

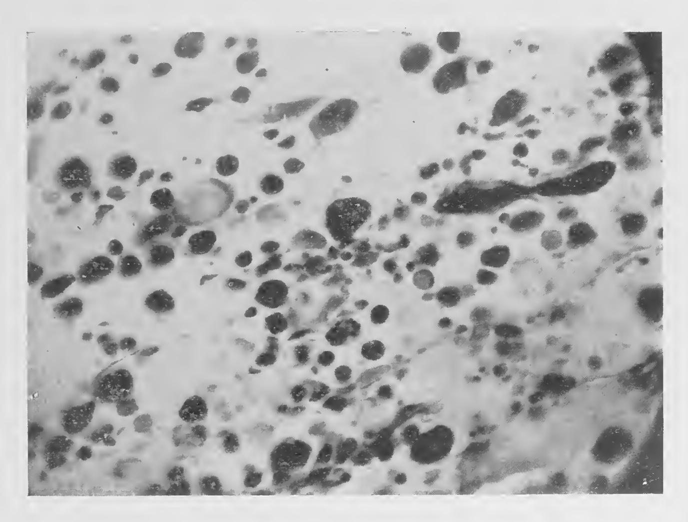


Fig. 1. — Coupe transversale des fibres nerveuses en état de dégénérescence primaire initiale dans une plaque sous-corticale (Intoxication expérimentale par le cyanure de potassium. Méthode de coloration des dégénérescences initiales des fibres nerveuses).

Weigert), existe un anneau des fibres dégénérées visibles avec ma méthode.

3° « *Plaques à formation concentrique* » dans lesquelles la lésion des fibres est visible surtout avec la méthode de Weigert-Pal : il s'agit d'anneaux multiples, qui contiennent des fibres en partie conservées (en appliquant la méthode pour les dégénérescences initiales, on y retrouve aussi des fibres lésées, intercalées par des anneaux sclérosés) (fig. 2).

M. Jedlowski a retrouvé aussi des plaques de scléroses uniformes. Dans toutes ces formations, les cylindraxes, examinés avec ma méthode pour les neurofibrilles, sont conservés. Il a obtenu ces résultats chez plusieurs chiens intoxiqués par le cyanure de potassium.



Fig. 2. — « Plaques à formation concentrique » sous-corticale (Intoxication expérimentale par le cyanure de potassium). Méthode Weigert-Pal.

Ces *plaques concentriques,* obtenues expérimentalement par M. Jedlowski, représentent une donnée exceptionnelle dans toute la littérature si étendue qui a trait aux recherches expérimentales et histologiques sur les modifications des centres nerveux par l'action des substances toxiques. Ces *plaques à formation concentrique,* exceptionnelles dans la pathologie expérimentale, ont été décrites dans la pathologie humaine, dans les leucoencéphalites par Balo et, dans la suite, par Barré et Van Bogaert, Morin, Draganesco et Rey, Marburg, Spatz. Une coïncidence, sous une forme si particulière et si caractéristique entre la pathologie expérimentale et la pathologie humaine, représente évidemment un résultat remarquable et important au point de vue du problème étiologique des leucoencéphalomyélites.

# Figures parasitaires dans la sclérose en plaques

par M. P. GUIRAUD (de Paris)

---

J'ai déjà consacré deux articles à la question des figures parasitaires dans la sclérose en plaques (1). La présente communication est faite, moins pour apporter des faits nouveaux que pour me permettre de montrer mes préparations et d'en projeter des microphotographies.

Dans un premier article de 1931, j'ai décrit surtout des figures intracellulaires assez complexes en fuseau avec deux extrémités effilées colorables en bleu et un centre éosinophile par la méthode de Mann. Ces formations sont également colorées par la méthode de Giemsa. Elles siègent toujours dans le cytoplasme des cellules macrogliques. Je dois dire qu'elles sont extrêmement rares ; pour en trouver deux ou trois typiques, on doit examiner à l'immersion des centaines de préparations. Ces formes guidaient mes recherches du côté des parasites protozoaires.

Après 1931, j'ai découvert des nouvelles figures présentant des affinités colorantes différentes, en particulier très vigoureusement imprégnables par la première variante d'Hortéga de la méthode d'Achucarro. Ces formations sont beaucoup plus fréquentes que les premières ; elles se présentent souvent sous forme de foyers très riches. Quand on a la chance de tomber sur un foyer, on trouve parfois des centaines de ces figures dans chaque coupe. Outre les foyers, on rencontre de temps en temps des formes isolées ou plutôt par petits groupes. Dans six cas de sclérose en plaques à évolution subaiguë, à condition de chercher longtemps et avec patience, je les ai toujours retrouvées.

---

(1) P. GUIRAUD. — Figures parasitaires intracellulaires dans la sclérose en plaques. *Enc.*, mai 1931.
P. GUIRAUD. — Inclusions intramacrogliques dans la sclérose en plaques. *Enc.*, déc. 1934.

Dans mon article de 1934, j'ai décrit : 1° des corps ovales disposés en file à l'intérieur des gliofibrilles ou accolés à elles commes des lentes à un cheveu, et 2° des glomérules que je considérais comme développés dans une sphérule réactionnelle hypertrophique de la terminaison de la gliofibrille. Depuis cette époque, j'ai fait de nouvelles constatations. Il est exact que très souvent les corps ovales se développent à l'intérieur d'une gliofibrille qu'ils dilatent et aussi que les glomérules se trouvent à l'extrémité d'une gliofibrille élargie, mais de plus on trouve souvent des files de corps ovales sans relation avec aucune gliofibrille, ces files sont en général parfaitement rectilignes. Parfois, loin de se disposer en files, les corps ovales constituent de véritables amas libres sans relation avec les fibrilles névrogliques. Une particularité nouvelle sur laquelle j'attire l'attention est l'aspect bourgeonnant de certains corps ovales : à l'extrémité d'un corps volumineux, on voit parfois se développer, en continuité avec lui, un corps ovale accessoire, tantôt minuscule, tantôt assez volumineux. Il est probable que l'aspect en file continue résulte précisément du bourgeonnement d'un ou de plusieurs corps ovales.

Dans des cas assez rares, les corps ovales, au lieu d'être imprégnés de façon homogène, présentent à leur intérieur, dans leur grand axe, un certain nombre de minuscules granules colorables en noir.

Pour les glomérules, j'ai pu, par l'imprégnation argentique, retrouver les formes mises en évidence par la méthode de Mann, mais avec beaucoup plus de vigueur et de netteté que dans cette dernière. Tantôt il s'agit d'éléments ovalaires juxtaposés ou accolés en un bloc, tantôt de véritables pelotons ininterrompus.

Dans mes précédents articles, j'ai déjà insisté sur ce point que les formations que je décris ne sont point des produits banaux de dégénérescence ou de réaction.

1° Elles ne se rencontrent que dans la sclérose en plaques, et seulement dans les formes à évolution subaiguë et dans les plaques jeunes. Dans les autres maladies à forte réaction macroglique (paralysies générales, démences séniles, etc...), je ne les ai jamais trouvées. Dans les plaques anciennes avec réaction névroglique très intense, elles n'existent jamais.

2° On trouve parfois, sur les gliofibrilles volumineuses, des sortes de demi-nœuds après lesquels la fibrille prend une direction différente, ce qui lui donne l'aspect d'une ligne

brisée quand il y a plusieurs demi-nœuds. Cette particularité normale ne ressemble en rien à nos files de corps ovales.

3° Il ne s'agit pas d'un épaississement moniliforme de la gliofibrille analogue à ceux qu'on rencontre parfois dans les cylindraxes. La preuve manifeste est fournie quand, dans une gliofibrille, on rencontre, juxtaposés et non en file, plusieurs corps ovales. De plus, la plupart du temps, les corps ovales sont simplement accolés à la gliofibrille et leurs extrémités ne coïncident pas avec son axe.

4° En 1935, G. Stroesco (1), recherchant les inclusions dans la sclérose en plaques, a signalé, dans les cellules gliales hypertrophiées entourant les surfaces internes du cerveau, des inclusions constituées par des granules ronds et des bâtonnets. Ces formations sont spécialement mises en évidence par la variante I de Rio Hortega. Stroesco les considère comme des éléments mitochondriaux normaux et dit qu'elles rappellent celles que j'ai décrites en 1931. Ces granules sont en effet des constituants normaux de toutes les cellules épendymaires, et, à mon avis, représentent non des mitochondries mais les points d'implantation dans le cytoplasme des cils de la bordure épendymaire. Comme souvent dans la sclérose en plaques, il y a prolifération épendymaire, il n'est pas étonnant de constater que les cellules proliférées conservent les particularités histologiques des cellules épendymaires. Quoi qu'il en soit, il s'agit de constituants normaux de la cellule qui ne sont identifiables, ni à mes premières inclusions, ni à celles que j'ai décrites en 1934.

5° J'ai déjà signalé la fréquence des formes involutives qui constituent des amas volumineux et irréguliers à contours polycycliques, s'élargissant en corne d'abondance ou bourgeonnant dans plusieurs directions et qui pourraient être considérées comme des produits de dégénérescence banale, mais dans presque tous les cas, on constate, à côté des formes dégénérées ou végétantes, des files ovalaires typiques qui ne permettent pas le doute. C'est ce que Tinel vient de trouver dans un cas de sclérose en plaques qu'il a étudiée lui-même par la méthode d'Achucarro.

On comprendra que je ne fasse encore aucune hypothèse

---

(1) G. Stroesco. — Sur la présence de figures parasitaires intracellulaires dans la sclérose en plaques. *C. R. S. Biol.*, t. CXIX, p. 1403, 1935.

précise rapprochant ces corpuscules d'un parasite connu quelconque. Cependant, je dois signaler leur analogie avec les formes levures qu'on rencontre dans les tissus au cours de certaines maladies mycosiques. La forme, l'accumulation en foyer et surtout le bourgeonnement, sont des caractères communs très frappants. J'y ajoute l'affinité colorante, car j'ai constaté que, dans la sporotrichose expérimentale, les formes levures au niveau du foie sont parfaitement imprégnées par la variante I de la méthode d'Achucarro. A côté de la recherche histologique, les méthodes de culture du tissu nerveux deviennent indispensables.

J'ajoute enfin que, dans la rate d'une malade atteinte de sclérose en plaques — c'est la seule que j'ai pu examiner jusqu'à ce jour — j'ai trouvé, exclusivement dans les macrophages, de volumineux corpuscules ovalaires colorables en violet par le Mann et prenant le Gram qui rappellent, en plus volumineux, les corps observés dans les plaques de sclérose. On peut se demander s'il ne s'agit pas de phagocytose.

---

# Syndrome de Landry médullaire
# d'origine syphilitique
# Guérison thérapeutique

par MM. H. Roger, J. Paillas et J. Vague (de Marseille)

---

Si un certain nombre de syndromes de Landry peuvent être considérés comme secondaires à une infection ou une intoxication bien déterminée, le plus souvent, cependant, leurs causes nous échappent et nous invoquons alors à leur origine l'intervention d'un virus neurotrope. Fait particulier, la syphilis, si souvent retrouvée à la base de divers syndromes neurologiques, ne paraît jouer dans l'étiologie de la paralysie ascendante qu'un rôle de dernier plan, et si la paraplégie flasque syphilitique à début brusque, quoique rare, s'observe quelquefois, en revanche le syndrome de Landry dû au tréponème est exceptionnel.

Du reste, la coexistence de la syphilis et d'un syndrome de Landry n'implique pas que la paralysie ascendante reconnaisse cette origine et on peut, dans bien des cas, observer chez un syphilitique l'apparition d'un syndrome de Landry, qui, lié vraisemblablement à un virus neurotrope, n'a rien à voir avec la syphilis. A cet effet, ce sont les réactions du liquide céphalo-rachidien, l'épreuve du traitement et les résultats des examens anatomo-pathologiques qui peuvent permettre d'identifier la cause du syndrome observé.

La littérature est pauvre en syndromes de Landry syphilitiques. C'est ainsi que certains cas, considérés parfois comme paralysie ascendante syphilitique, ne méritent sans doute pas d'être retenus ; tels sont les cas de Préobajensky (poliomyélite syphilitique aiguë vérifiée anatomiquement mais n'évoluant pas comme un Landry), de Touchard et Meaux-Saint Marc, Tedeschi, van Geheuchten (poliomyélite). Certaines observations concernent à peu près sûrement un syndrome de Landry évoluant chez un syphilitique, ce sont les cas de

Dimitri, de Léri et Wilson ; tel serait aussi, pour Dufour, le cas rapporté par Fribourg-Blanc et Jausion ; dans ces cas, surtout dans les deux premiers, le syndrome de Landry est plus manifeste, mais les preuves de syphilis insuffisantes pour attribuer à cette infection la cause de la P.A.

Les cas sont rares de syndrome de Landry syphilitique indiscutable ; citons ceux de Crouzon et Villaret, de Barth et Léri, de Bourat, celui de Fribourg-Blanc et Jausion, qui paraît mériter vraiment le nom de Landry syphilitique malgré quelques symptômes particuliers, ceux de Mac Namara, Cantal et Loud, de Lohrish, de Haushalter et Cornil, de Nonne, de Lambrigh F.

A la lecture de ces observations, un caractère évolutif se dégage tout d'abord ; tantôt la paralysie ascendante syphilitique survient à type d'épiphémonène au cours d'une autre atteinte syphilitique, tabès par exemple ; tantôt elle est en apparence primitive survenant sans aucun prodrome ; un traumatisme important a paru, dans le cas de Fribourg-Blanc et Jausion, être la cause occasionnelle de son développement.

Dans la plupart des cas cités plus haut, les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien sont notées, l'épreuve du traitement a été fréquemment positive. Dans les deux observations de Barth et Léri, et de Lohrich, l'examen anatomopathologique a mis en évidence les lésions de la syphilis.

## Observation clinique

M. Rich. Gabriel, chaudronnier de 49 ans, qui depuis quelques mois se plaignait de fatigabilité rapide de la marche, éprouve brusquement le 27 février 1936, au matin, une gêne considérable à mouvoir ses membres inférieurs ; il se lève tout de même. Le lendemain, la marche est presque impossible, la miction très difficile ainsi que la défécation. Le 4e jour le malade ne peut même plus se tenir assis. Deux jours plus tard ses membres supérieurs commencent à se paralyser, surtout le gauche. Enfin, neuf jours après le début de la maladie, la mastication elle même devient difficile, le malade n'effectuant qu'avec peine les mouvements d'élévation de la mâchoire ; la déglutition s'effectue mal, le relèvement de la tête étant nécessaire pour laisser passer les liquides qui cependant ne refluent pas par le nez ; la toux est difficile et sans force.

En même temps que ces troubles paralytiques, des phénomènes

douloureux, à type de fourmillements, de tiraillements dans les jambes sont apparus. Dès le début il a eu la plus grande peine à uriner et aller à la selle, la rétention d'urines devenant bientôt complète. Aucun autre trouble subjectif n'est noté à l'interrogatoire du malade. Ce dernier n'a pas de fièvre, il ne se plaint pas de la tête, n'a pas eu d'angine ; sa maladie l'a surpris en parfaite santé, mise à part la faiblesse qu'il ressentait dans les jambes depuis quelque temps.

La recherche de ses *antécédents* nous apprend qu'il a eu à 20 ans un accident vénérien difficile à déterminer, chancre vraisemblablement. Il est marié, a un fils de 20 ans qui est en bonne santé, a perdu une fillette de 16 ans de fièvre typhoïde. Il n'a jamais eu d'autre maladie. C'est un gros buveur de bière, sans qu'on puisse vraiment parler d'éthylisme.

Nous l'examinons, 12 jours après le début de sa maladie. Il n'a pas de fièvre, son état général est bon ; l'intellect n'est pas touché ; le malade s'inquiète de la gravité de son état et de la rapidité de son évolution.

L'examen des membres inférieurs révèle que seuls quelques mouvements d'ascension du bassin, une légère rotation des cuisses, une ébauche de flexion du pied et d'extension du quadriceps à droite sont possibles ; les orteils n'effectuent aucun mouvement. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis ; il existe à droite un signe de Babinski et un signe d'Oppenheim, à gauche le réflexe cutané plantaire est silencieux. On ne note pas de gros troubles trophiques en dehors d'une sècheresse assez notable de la peau des membres inférieurs, de l'abdomen et du thorax.

La sensibilité superficielle et profonde est conservée, mais cependant diminuée dans la partie inférieure du corps par rapport à celle du cou et de la face. La pression médio-plantaire et du tendon d'Achille est douloureuse. Le Lasègue est à 75° des deux côtés.

Il n'y a pas de réflexe de défense. Les réflexes crémastériens et cutanés abdominaux sont fortement diminués des deux côtés. L'ampliation respiratoire du thorax et de l'abdomen est diminuée. La station assise est impossible.

Aux membres supérieurs, il n'y a pas d'attitude anormale, la force est considérablement diminuée à tous les segments, la flexion des doigts est à peu près nulle à droite, la force du poignet est très diminuée à gauche, à peu près normale du côté droit. Par contre la force de flexion et d'extension du coude, celle des muscles de l'épaule sont meilleures à gauche qu'à droite. Il n'existe pas de dysmétrie ni d'adiadococinésie nette. Les stylo-radiaux sont vifs des deux côtés, les tricipitaux un peu moins. Il n'y a pas de contractions fibrillaires spontanées ni provoquées, on ne note pas d'atrophie musculaire, pas de troubles sensitifs.

La force de flexion du cou est diminuée. L'extension est bonne.

L'ouverture et la fermeture de la bouche se font avec difficulté. L'examen de la septième paire, des mouvements oculaires, des pupilles est négatif. La langue par contre ne peut être sortie complètement, mais ses mouvements latéraux sont bons. Le voile est peu contractile et le réflexe nauséeux conservé. Il n'y a pas de point douloureux du V ; les réflexes massétérin, médio-frontal sont abolis. Le fond d'œil et le champ visuel sont normaux.

L'examen viscéral est négatif, la tension artérielle est de 12-8.

La *P.L.* donne issue à un liquide clair, non hypertendu, contenant 38 lymphocytes, 1 gr. 50 d'albumine, un Bordet-Wassermann fortement positif ; le Queckenstedt est normal, le Bordet-Wassermann est également positif dans le sang.

*L'examen électrique* des membres inférieurs et des membres supérieurs est négatif.

L'azotémie est de 0,30, la glycémie normale, avec un triangle d'hyper-glycémie de 0,93. Il n'y a pas d'albumine ni de sucre dans les urines.

Les radiographies de la colonne ne révèlent aucune lésion osseuse.

Ce malade a été soumis, immédiatement, après 3 injections de cyanure, à un traitement mixte de novar et de bismuth. En quelques semaines, les troubles ont parcouru en sens inverse la marche qu'ils avaient suivie jusqu'alors. Très vite les mouvements de la mâchoire, puis la force des membres supérieurs, les fonctions des sphincters et enfin les mouvements des membres inférieurs, ont été possibles, ces derniers ayant attendu deux mois pour réapparaître. Une cystite avec pyélonéphrite passagère, due au cathétérisme, a compliqué pendant quelques jours l'évolution de la maladie. Actuellement la marche est encore un peu hésitante, la force du membre inférieur gauche est inférieure à celle du membre inférieur droit, les réflexes tendineux sont plutôt vifs, il existe un signe de Babinski du côté gauche.

Il s'agit là d'un syndrome de Landry absolument typique. Quelques particularités tout de même méritent d'attirer l'attention. D'abord l'existence de prodromes ; faiblesse des membres inférieurs depuis plusieurs mois, phénomène qui ne s'observe pas dans le syndrome de Landry cryptogénétique et qui est au contraire classique dans la syphilis médullaire ; l'existence d'un syndrome d'irritation pyramidale aux membres supérieurs en pleine phase d'état de la maladie traduisant l'atteinte des cordons antérieurs en même temps que ceux de la substance grise ; la constatation de troubles sensitifs, à vrai dire assez fréquents dans les syndromes de Lan-

dry de toute nature. Enfin l'intensité de la réaction méningée et la régression rapide par le traitement signent sans discussion l'origine syphilitique de la maladie.

Il nous a été donné d'observer presque à la même époque un cas qui, en dehors de l'évolution fatale est, *sur le plan clinique*, absolument semblable à ce dernier ; seule l'en distinguait l'absence de prodromes et surtout l'absence de réaction liquidienne.

Comme, à vrai dire, on ne peut accorder une valeur quelconque à l'existence de troubles moteurs discrets depuis plusieurs semaines, que, d'autre part, ces troubles ne sont pas retrouvés dans les autres observations, on voit qu'en présence d'un syndrome de Landry, il est à peu près impossible d'affirmer son origine syphilitique, avant de connaître les réactions du liquide céphalo-rachidien, et, qu'en particulier, même si l'on connaît la syphilis du sujet, aucun symptôme ne distingue le syndrome de Landry cryptogénétique de la paralysie ascendante réalisée par le tréponème, diagnostic qu'une P.L. devra immédiatement permettre de poser et dont l'importance est primordiale, puisqu'en quelques semaines un traitement spécifique bien conduit sera capable d'aboutir à une guérison absolue.

## BIBLIOGRAPHIE

Barth et Léri. — A propos d'un cas de myélite ascendante aiguë au cours de la syphilis secondaire, recherches bactériologiques, anatomo-pathologiques. *Soc. de Neurol.*, 6 mars 1913. *Revue Neurol.*, 1913, tome I, p. 402.

Bourat. — Forme ascendante de syphilis médullaire réalisant un syndrome de poliomyélite. *Soc. Méd. Lyon,* 20 juin 1931.

Crouzon et Villaret. — Paralysie ascendante aiguë d'origine syphilitique. *Review of Neurol. and Psych.*, VI, mai 1908, p. 275 ; *R.N.*, 1909, p. 31.

H. Dufour. — Intervention après la communication de Fribourg-Blanc et Jausion. *S.M.H.*, 5 juin 1935.

V. Dimitri. — Paralysie ascendante aiguë. *Rivista de especialidades,* sept. 1930.

Fribourg-Blanc et Jausion. — Trois cas de poliomyélite antérieure syphilitique dont une forme aiguë. *Pr. Méd.,* 5 sept. 1935, p. 1190.

— Un cas de polioencéphalite antérieure aiguë syphilitique. *S. M. H.*, 5 juin 1935.

Van Gehuchten. — Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte. Congrès de Bruxelles, 1903. *Rev. Neurol.*, 1903, p. 849.

GUILLAIN, ALAJOUANINE et GIRAUD. — Poussée évolutive syphilitique ayant déterminé au niveau des membres supérieurs, au cours d'un tabès fruste ancien, un syndrome poliomyélitique de l'ataxie et des mouvements involontaires. *Soc. Neurol.*, 7 février 1924. *Revue Neurol.*, t. I, p. 255.

HAUSHALTER et CORNIL. — *Soc. derm. Strasbourg*, 8 juil. 1927.

LAMBRIGHT. — Myélite syphilitique aiguë avec paralysie ascendante fatale. *Journ. of Amer. Assoc. Med.*, 18 avril 1925, p. 1178.

A. LÉRI et S. A. K. WILSON. — Poliomyélite antérieure aiguë de l'adulte avec lésions en foyer. *Rev. Neurol.*, 1904, p. 517.

LOHRISH. — Paralysie ascendante aiguë sur un tabès chez une femme de 48 ans. *Archiv. f. Psych. und Nervenkrankeit*, 1905.

MONIER-VINARD. — Intervention après la communication de Fribourg-Blanc et Jausion. *S.M.H.*, 5 juin 1925.

MAC NAMARA, CANTAL et LOUD. — Infection syphilitique suivie d'un syndrome de Landry et plus tard d'un tabès dorsalis. *The Lancet*, 9 août 1913.

NONNE. — Paralysie de Landry et syphilis. *Aertzlicher Verein in Hambourg*, 5 nov. 1912. *Deutsch. med. Woch.*, 9 janv. 1913, p. 94.

PREOBAJENSKY. — De la poliomyélite syphilitique aiguë. *Rev. Russe de Méd.*, 1908, n° 9.

H. ROGER. — Formes cliniques des paraplégies ascendantes aiguës (syndrome de Landry). *Gaz. des Hôp.*, 21 octobre 1933.

TOUCHARD et MEAUX-SAINT-MARC. — Poliomyélite antérieure aiguë par syphilis secondaire. *Rev. Neurol.*, 1913, I, p. 137.

TEDESCHE. — Observation de poliomyélite aiguë chez un homme atteint de syphilis viscérale. *La Rivista sanitaria*, 1er déc. 1912, p. 177.

## DISCUSSION

M. le Professeur FRIBOURG-BLANC (de Paris). — La communication de M. le Professeur Roger présente un très grand intérêt en raison de la rareté du fait clinique rapporté. On peut rencontrer des atteintes syphilitiques de la moelle sous forme de poliomyélite antérieure chronique, et, plus rarement, de poliomyélite antérieure aiguë (comme j'en ai rapporté un cas avec Jausion à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris) ; mais l'observation que nous apporte M. Roger prend un intérêt tout particulier du fait de l'extension des lésions médullaires ayant donné le tableau de la maladie de Landry.

---

# Réflexe radio-fléchisseur

par Paul Michon,

*Médecin des Hôpitaux de Nancy*
*Chargé de Cours de Neurologie à la Faculté.*

---

Lorsqu'on percute la région stylo-radiale, membre supérieur en résolution, coude à angle droit et main légèrement détachée du tronc, on peut constater, à côté de la réponse classique de flexion du coude, et, parfois, d'une légère extension du poignet, une flexion des doigts vers la paume, ébauche de préhension, dans laquelle le pouce intervient souvent moins que les autres doigts. Quand il a lieu, ce mouvement de flexion digitale est brusque, suivi de retour plus lent à la position initiale, et possède tous les caractères d'un réflexe, bien distinct d'un banal ébranlement passif.

Babinski décrivait ce réflexe de flexion des doigts et de la main, le localisait aux segments 8e cervical et 1er dorsal, et appelait « inversion du réflexe stylo-radial » la substitution pathologique de ce réflexe à la réponse stylo-radiale classique, en cas de destruction du 5e segment cervical et de lésion sus-jacente au 8e, avec intégrité de ce dernier. Comme ce réflexe fléchisseur des doigts ne nous a pas paru retenir l'attention durant ces dernières années, et que, d'autre part, sa coexistence se montre fréquente, même dans des cas pathologiques, avec la réponse stylo-radiale classique, normale ou exagérée, nous nous sommes proposé d'en reprendre une étude, avec film, en le dénommant, de façon plus brève, réflexe radio-fléchisseur (R.R.F.).

C'est environ une fois sur huit que nous l'avons observé chez des sujets normaux ; il est alors généralement très peu ample et ne se manifeste qu'à une percussion assez forte. Ces conditions d'apparition paraissent le priver de signification pathologique.

Par contre, il nous a semblé qu'il devait faire envisager la possibilité d'altérations neurologiques dans trois conditions,

que nous classons par ordre de valeur pathologique et de rareté croissantes :

1° lorsqu'il est très vif et ample, même à une percussion légère ;

2° lorsqu'il l'emporte sur la réponse stylo-radiale classique, phénomène qui peut aller jusqu'à sa substitution à cette dernière lors d'une percussion faible ; c'est alors la véritable inversion du stylo-radial ;

3° lorsqu'il y a extension de la zone réflexogène du R.R.F. très en amont de la styloïde, parfois jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la face externe du radius.

C'est avec ces caractères qu'on l'observe de façon particulièrement nette au cours des lésions du système pyramidal à ses étages supérieurs.

Dans les lésions cérébrales, au cours des hémiplégies spasmodiques, il existe de façon à peu près constante, sauf en cas de contracture en flexion, qui le masque, même quand elle est peu accentuée et incomplètement fixée. Il était très net chez un homme de 55 ans, atteint d'hémiparésie gauche, avec altérations du sens stéréognostique, par tumeur opérée quatre mois plus tard. Chez une syphilitique présentant, vraisemblablement par plaque de méningite, de la convexité, une hémiplégie précocement et énergiquement traitée, le R.R.F. persistait intense, alors que les signes irritatifs autres étaient douteux et les signes de déficit pyramidal au membre supérieur presque totalement effacés. Chez trois paralytiques généraux, n'ayant cependant pas fait d'ictus, mais présentant le syndrome liquidien au complet, le R.R.F. existait des deux côtés, alors qu'il n'y avait, par ailleurs, que de l'hyper-réflectivité banale.

Dans les lésions médullaires, le R.R.F. nous a paru renseigner très précisément sur la diffusion de l'irritation du faisceau pyramidal au renflement cervical, au cours des myélites et scléroses, particulièrement de la sclérose en plaques, de la sclérose latérale amyotrophique (2 fois sur 2 cas examinés), des compressions diverses. Sur deux cas de névraxite à forme basse, que nous avons examinés à ce point de vue, et qui revêtaient un caractère quadriplégique, il existait une fois, bilatéral, et manquait totalement dans l'autre, où se remarquait un début de contracture en flexion de la main, sans hyper-réflectivité.

La contracture, au cours de compressions, par exemple, de même que dans ce cas précédent, peut masquer le réflexe, ainsi que le faisait la contracture d'origine cérébrale. Il sera aboli par la destruction de l'arc réflexe au niveau de C8 et D1.

Mais, ceci mis à part, il nous a paru très constant dans les lésions hautes du faisceau pyramidal sur son trajet cervical, alors même que les troubles moteurs peuvent être inappréciables.

Dans l'ensemble du syndrome pyramidal irritatif, cette diffusion, au domaine fléchisseur des doigts, de la réponse réflexe stylo-radiale, s'est montrée d'une particulière sensibilité, notamment plus sensible que le signe de Rosner, de flexion digitale, provoquée par percussion palmaire. Il s'est montré indépendant du signe du pouce de Juster, qui est maintenant interprété comme un symptôme de libération médullaire plutôt que d'irritation, et que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer au cours de ces recherches. Il disparaît généralement lorsqu'avec la contracture apparaît le signe de Klippel et M.-P. Weil. Nous pouvons donc considérer que le R.R.F., au cours des syndromes pyramidaux, est un signe très sensible des stades de précontracture des doigts, et vraisemblablement des altérations chronaxiques qui la préparent.

En dehors des lésions pyramidales évidentes, nous avons constaté le R.R.F. avec des caractères pathologiques, symétriquement :

1° chez deux femmes atteintes de colibacillose prolongée : l'une d'elles, malade depuis 4 mois et ayant eu une phlébite, avait en outre des troubles pithiatiques variés, des réflexes très vifs aux quatre membres, de l'extension de la zone réflectogène du rotulien, et du clonus de la rotule ; l'autre, atteinte depuis plus de 2 ans de syndrome entéro-rénal, était une grande déprimée anxieuse avec hyper-réflectivité généralisée, sans plus ;

2° chez deux basedowiennes, dont une, ménopausée depuis 5 ans et non traitée, avait des signes de thyréotoxicose profonde, avec amaigrissement de 27 kg., extrême nervosité, tremblement accentué ;

3° chez quatre grands hyperémotifs qui, non seulement, comme les deux malades précédentes, n'avaient qu'une banale hyper-réflectivité, sans signes pyramidaux classiques, mais encore n'étaient apparemment suspects d'aucune toxi-infec-

tion ou dysendocrinie flagrante, capable d'altérer, même passagèrement ou discrètement, leur système pyramidal.

Nous rejoignons donc ici les cas où, à l'état normal, apparaît un R.R.F., que seules des nuances légères différencient du réflexe franchement pathologique.

Mais ces considérations doivent simplement inciter à la prudence dans l'interprétation de celui-ci, qui ne doit pas être considéré isolément, mais au contraire, inséré en quelque sorte dans le contexte neurologique ; elles ne lui enlèvent point sa réelle valeur diagnostique, dont il est aisé de se convaincre, ne serait-ce que par la comparaison entre le côté malade et le côté sain chez un hémiplégique spasmodique à lésion strictement unilatérale.

Un film, réalisé avec l'aimable collaboration du Professeur Ag. Guillemin, permet de saisir quelques modalités du réflexe chez trois malades :

1° un homme quadriplégique spasmodique fruste par ictus médullaire survenu 7 mois plus tôt, vraisemblablement par hématomyélie ; l'extension en hauteur de la zone réflexogène est particulièrement frappante ;

2° une femme atteinte de sclérose en plaques, avec légers signes paresthésiques seulement aux membres supérieurs, où l'on décèle cependant un R.R.F. net, mais peu ample, bien visible à la façon dont il rétrécit l'espace compris entre les pulpes du pouce et de l'index ;

3° une femme atteinte d'hémiplégie syphilitique précocement traitée, depuis 5 mois ; les signes déficitaires pyramidaux ont presque totalement disparu, le R.R.F. reste intense, tandis que les autres signes irritatifs sont douteux, en particulier le signe de Rosner.

———

# COMMUNICATIONS
# DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

---

## Syndromes parkinsoniens et traumatismes

J. Hamel et P. Michon

*Médecin en Chef de l'Asile de Maréville.* — *Médecin des Hôpitaux de Nancy.*

*Chargés de Cours à la Faculté de Médecine*

---

Des opinions contradictoires continuent à s'affronter concernant les relations entre les syndromes parkinsoniens et les traumatismes. Faisant suite au tout récent travail de M. P. Weil et Oumansky, notre communication n'a pour but que de juxtaposer trois observations originales, qui revêtent, chacune en son genre, une allure clinique particulière.

Observation I. — Le soldat J. Ferdinand, mobilisé le 1er août 1914, a été blessé par balle à la cuisse droite le 7 janvier 1915. Le 6 juin 1916, il a été enseveli par suite d'un éclatement de torpille et évacué pour commotion cérébrale et hospitalisé deux mois. Le 1er novembre 1916, il a été blessé par éclat d'obus au bras et à l'épaule gauches.

Il a rejoint son régiment au mois de mars 1919. Dès ce moment ses chefs ont remarqué que « J... était considérablement diminué par des troubles nerveux », qu'il était inapte à remplir une fonction active aux Sections de Tir. Il a été affecté jusqu'à sa démobilisation à un emploi sédentaire.

J... pendant toute la période de mobilisation n'a été atteint d'aucune maladie. Il a été renvoyé dans ses foyers le 23 août 1919.

A partir de janvier 1920, nous sommes renseignés sur son état de santé de façon constante, en raison du fait que le malade est employé comme facteur aux écritures de la Compagnie de l'Est.

De 1920 à 1928, il n'a présenté que de légères et courtes indispositions. Par contre, nous le voyons, à dater du 2 août 1928, atteint « d'asthénie » pendant une période de 23 jours et ce malaise prolongé peut être interprété comme une manifestation de la maladie actuelle.

Depuis 1928, les symptômes neurologiques se sont accentués progressivement et le 31 juillet 1931, J. a été réformé avec une invalidité de 30 0/0 pour « maladie de Parkinson ». L'imputabilité ayant été rejetée, nous avons été commis par le Tribunal des Pensions avec mission, notamment, de dire : « Si en l'état actuel de la science, il est possible de rattacher une maladie de Parkinson à une commotion subie pendant la guerre. »

L'état du malade était, à ce moment, ainsi caractérisé :

*Face :* Atonie, suppression du clignement des paupières, ouverture minime de la bouche pour l'élocution, tremblement fibrillaire des muscles péribuccaux, bradylalie, salivation abondante.

*Membre supérieur gauche :* Suppression du balancement synchrone à la marche, signe de la roue dentée, bradycinésie, myoclonies, tremblements.

*Membre supérieur droit :* Difficulté des mouvements, écriture très difficile.

*Membres inférieurs :* Démarche peu modifiée.

*Organe des sens :* Diminution de la convergence de l'œil droit, réflexes pupillaires normaux.

*Etat mental :* Très léger degré d'indifférence, de ralentissement psychique et d'irritabilité.

Nous nous trouvions donc en présence d'un homme mobilisé à l'âge de 22 ans en 1914 en pleine santé, jamais malade de 1914 à 1916, gravement commotionné en juin 1916, jamais malade dans les années 1917-1918 et ayant présenté dès le début de 1919 des altérations neurologiques évidentes modifiant déjà profondément son activité.

Une courte période, s'étendant de fin août 1919 à janvier 1920, d'ailleurs postérieure au début des troubles nerveux, constitue la seule lacune dans l'enchaînement des renseignements médicaux.

Puis de janvier 1920 à 1931, nous sommes de nouveau à même d'affirmer que J. n'a pas été atteint d'encéphalite épidémique.

Dans la suite, l'évolution s'est faite, vers l'invalidité totale. Le malade revu récemment est atteint d'un syndrome parkinsonien typique.

Observation II. — M. Roger, âgé de 38 ans, charpentier, en bonne santé jusqu'alors, glisse d'une charpente, le 15 juillet 1935, et échappe à la chute en se rattrapant par le bras droit.

Une vive douleur sus-claviculaire le contraint à cesser aussitôt son travail ; en outre, il remarque peu après des troubles moteurs d'impotence relative et de tremblement dans le membre supérieur droit, dont il avait le libre usage absolu avant son accident.

Examiné par nous un mois après son accident, il présente essentiellement deux ordres de symptômes :

1° une sensibilité douloureuse spontanée, réveillée par l'effort et la pression, aux régions sus-claviculaire et sus-épineuse droites, avec quelques irradiations vers l'aisselle et la région supéro-interne du bras ; somme toute, des signes peu intenses d'élongation traumatique du plexus brachial, sans aucune modification objective ;

2° un syndrome parkinsonien à prédominance droite très accentuée : au membre supérieur droit, tremblement statique avec émiettement, rigidité intense de tous les segments, roue dentée au coude ;

au membre inférieur droit, mouvement de pédalage et rigidité ;

du côté gauche, légère rigidité à la mobilisation passive, léger pédalage.

La marche est soudée, sans balancement des bras, le facies est figé, avec clignement rare, la langue est animée d'une fine trémulation et la parole est peu nuancée.

Il est à remarquer que le malade n'a présenté aucune maladie fébrile dans le cours des dernières années, et n'a eu connaissance d'aucun cas d'encéphalite autour de lui. A aucun moment, il n'a eu de troubles du sommeil, de sialorrhée, de diplopie ou autres troubles pouvant faire songer à la névraxite épidémique.

Le malade, dont nous avons eu récemment des nouvelles, reste typiquement parkinsonien, seulement légèrement amélioré par la scopolamine et la médication antiinfectieuse.

Observation III. — M. T..., vers 27 à 28 ans, a commencé à présenter du tremblement dans la moitié gauche du corps, ainsi que quelques crampes musculaires ou crispations douloureuses au niveau des membres inférieurs, sans épisode fébrile, ni diplopie, ni sialorrhée.

Vers 32 à 33 ans, il s'est mis à présenter en outre du plafonnement du regard. Ces divers symptômes, peu gênants fonctionnellement, ne l'empêchaient pas de travailler très régulièrement, dans la même entreprise depuis l'âge de 28 ans, avec seulement

de minimes arrêts : au total 25 jours en 1933, 17 jours en 1934, 17 jours en 1935, 4 jours en janvier 1936.

Il était préposé au fonctionnement et à l'entretien d'une raboteuse, lorsque, le 14 mars 1936, âgé à ce moment de 36 ans, il fut happé par la courroie de transmission de cette machine, entraîné par l'intermédiaire de sa veste et de son cache-nez, horizontalement, puis légèrement en contre-bas, enfin serré près de la poulie au niveau de la nuque et du thorax, dans le sens antéro-postérieur.

Dégagé, il put se remettre debout, quoiqu'en proie à un choc émotif violent. Il présentait une légère épistaxis, ne perdit pas connaissance, et fut ramené chez lui en auto. Il fut reconnu atteint de contusions multiples de la région thoracique gauche, et garda le lit trois semaines, en raison de dyspnée douloureuse.

Mais tandis que les suites du traumatisme thoracique étaient pratiquement effacées au 5 mai, des troubles nerveux survenaient, et prenaient très rapidement, d'après certificat du médecin-traitant en date du 18 juin, l'allure qu'ils offrent à notre examen, pratiqué le 12 octobre 1936, soit 7 mois après l'accident.

A cette époque, l'aspect parkinsonien est évident : la mimique est un peu figé, le regard fixe ; des spasmes involontaires d'occlusion des paupières et de plissement du front surviennent de temps à autre et durent plusieurs secondes.

Un tremblement intense, à caractère statique, agite les membres gauches ; mais le côté droit y participe, quoiqu'à un bien moindre degré. La parole est un peu monotone. La marche s'effectue sans souplesse et sans mouvement associé des bras ; il y a légère rétropulsion. La bradykinésie est très nette ; le malade mange cependant seul et s'habille sans aide.

La rigidité, très prédominante à gauche, avec roue dentée, occupe globalement tous les segments, distaux et proximaux.

Le plafonnement subsiste, mais à intervalles éloignés.

Il y a insomnie relative, avec somnolences diurnes.

L'examen est négatif par ailleurs, tant au point de vue neurologique qu'au point de vue général (tension : 13,5-8).

Quant à l'étiologie du syndrome parkinsonien, semblables observations doivent être, à notre avis, considérées sous deux angles différents, suivant qu'on se place au point de vue médico-légal, ou au point de vue médical proprement dit.

*a) Point de vue médico-légal :* il s'agit chaque fois de sujets jeunes, ayant subi un trauma sévère, soit central, soit périphérique (obs. II), avec, en ce dernier cas, persistance de troubles neurologiques locaux surajoutés.

Ils ne présentent pas de symptôme encéphalitique important en dehors du syndrome parkinsonien, lequel n'est apparu qu'après un certain temps perdu après le trauma, ce temps étant néanmoins inférieur à un mois dans l'observation II.

Les deux premières observations ne comportent pas le moindre antécédent d'épisode infectieux neurotrope, et, sur ce point, le premier malade, suivi de près de façon sensiblement ininterrompue, offre des garanties exceptionnelles. Aussi n'avons-nous pas hésité à conclure, pour ces deux sujets, à une relation de cause à effet entre le trauma et le syndrome parkinsonien.

Pour le troisième malade, manifestement atteint d'encéphalite avec minimes séquelles depuis 8 à 9 ans avant le trauma, il était à considérer qu'à la suite de celui-ci le blessé, jusque-là travailleur régulier, depuis 8 ans à la même entreprise, s'était mué en un grand infirme, dont le taux d'incapacité permanente pouvait être évalué à 70 %. En tant qu'experts, nous devions donc, tout en analysant l'état antérieur, conclure que le trauma était la cause déterminante de l'incapacité.

*b*) *Au point de vie médical proprement dit :* ici nos conclusions seront bien différentes.

En effet, il est maintenant reconnu que l'encéphalite peut rester absolument latente durant des années, et que l'étiologie encéphalitique d'un syndrome parkinsonien ne peut être niée, sous prétexte que manquent d'autres symptômes importants de la série encéphalitique, ou des antécédents d'infection à virus neurotrope ; nombre de syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques avérés comportent cette lacune. Le diagnostic en repose essentiellement sur l'âge du sujet et l'allure clinique et évolutive, à vrai dire superposables à ceux de nos observations.

Ceci posé, l'observation I semble relever purement du trauma et pouvoir être ajoutée aux cas analogues publiés (p. revues de Crouzon et L. Justin-Besançon, Souques, Conso, Deguise, Kulkow, M. P.-Weil et Oumansky, etc.), parmi lesquels, à côté des commotions, figurent des fractures (Crouzon et Baruk) ou des plaies pénétrantes du crâne (Pommé et Liégeois, Paulian).

A l'opposé, il est hors de doute que, dans l'observation III, le trauma n'a fait qu'activer brutalement et fixer à un taux

d'impotence fonctionnelle élevée une encéphalite précédemment discrète. Le processus de neuropexie est ici flagrant, ainsi qu'il peut l'être pour cette même maladie lors d'accidents sériques, suivant les observations publiées par l'un de nous à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (17 novembre 1933).

Quant à l'observation II, comparable aux observations de Charcot, Kurth, Mendel, Gowers, Klippel, Lhermitte, Souques, Demange-Baucher, on ne conçoit pas qu'un trauma uniquement périphérique et émotionnel puisse seul, sans intervention d'un virus neurotrope, provoquer un syndrome parkinsonien, surtout d'apparition assez rapide, tandis que tout s'éclaire si l'on admet qu'il a déclenché et localisé les manifestations d'une encéphalite jusqu'alors complètement latente ; ce mécanisme ressort du reste nettement de certaines observations, telle celle de Richon et Girard, où une blessure sciatique provoqua la localisation première d'une névraxite survenue trois ans plus tard.

L'interprétation étiologique, proprement neurologique et dégagée des conclusions médico-légales, s'inspirera donc des notions d'infection latente et de neuropexie, et des nuances individuelles de chaque histoire clinique. C'est précisément en raison de la variété de ces nuances que notre groupe d'observations nous a paru mériter d'être présenté.

## Discussion

M. le Professeur Minkowski (de Zurich). — En écoutant l'exposé intéressant de M. Michon, j'ai eu l'impression que, dans son interprétation du rôle des traumatismes dans la genèse des syndromes parkinsoniens des cas décrits, il ne tient peut-être pas suffisamment compte du côté psychique, émotif, de ces traumatismes, du choc psychique qui souvent les accompagne. Pour ma part, je suis enclin à croire que, du moins dans le deuxième et le troisième cas de MM. Hamel et Michon, les facteurs affectifs jouent un rôle étiologique plus important que les facteurs purement somatiques. En effet, l'apparition de syndromes parkinsoniens après des traumatismes psychiques est d'observation courante, et ceci ne doit pas trop nous étonner, étant donné les relations particulières des ganglions de la base, siège principal d'altérations dans le Parkinson et les

affections parkinsoniennes, avec la vie émotive. Je voudrais, en outre, souligner que les syndromes parkinsoniens qui se développent après des traumatismes, surtout psychiques, ont souvent un caractère atypique (comme c'est en général un cas fréquent dans les affections post-traumatiques) : s'ils correspondent au Parkinson par certains traits, ils s'en écartent par d'autres. Dans des expertises concernant des cas de ce genre, je suis en tout cas d'autant plus disposé à admettre une étiologie traumatique que le caractère atypique, particulier, du cas en question est plus prononcé.

---

# Taux d'incapacité
## des syndromes post-commotionnels craniens

par MUTEL et P. MICHON (de Nancy)

---

Nous plaçant à un point de vue essentiellement pratique, de l'étude des 36 observations de syndrome subjectif et d'état commotionnel, nous avons cherché à extraire les directives que nous avons suivies dans l'évaluation du pourcentage à attribuer. Les écarts extrêmes trouvés dans les barèmes ou dans les chiffres proposés par les différents auteurs ne facilitent guère la tâche d'un expert indécis et hésitant, et d'autre part une erreur dans la synonymie de certains termes, comme nous le verrons plus loin, ajoute encore à la confusion.

De par leur rôle, des médecins sont encore trop souvent enclins à considérer les commotionnés comme des psychopathes ou même des simulateurs, cependant *la réalité du syndrome subjectif* n'est plus à discuter :

1° comme beaucoup d'auteurs, nous l'avons constaté chez des blessés qu'aucun espoir d'indemnisation ne pouvait intéresser ;

2° nous avons comme eux fait cette constatation considérée comme une preuve de l'authenticité du syndrome : la description par les blessés de leurs troubles avec une uniformité et une concordance qui ne présentent de variations que dans leur intensité ;

3° enfin, malgré sa définition, il s'accompagne d'une séméiologie objective dont les différents tests, oculaires, étiologiques et encéphalographiques ont fait l'objet du rapport de Bremer, Coppez, Hicguet et Martin, au VI<sup>e</sup> Congrès d'Oto-Neuro-Ophtalmologie.

Les techniques de ces examens sont fort nombreuses, complexes et délicates ; elles exigent l'intervention de plusieurs spécialistes ; elles demandent l'hospitalisation. Mais pour toutes ces raisons, ne sont-elles pas sans inconvénients ?

Car, on a pu reprocher à l'expert sa maladresse au cours

de l'examen en questionnant trop le blessé au lieu d'écouter ses doléances, en éveillant ainsi chez lui l'idée de troubles qui devient le point de départ d'une psychose revendicatrice, en créant ce que Flacke a appelé les « *troubles iatrogènes* ». Mais des examens répétés et l'hospitalisation qu'ils exigent n'éveilleront-ils pas, eux aussi, chez l'intéressé, la crainte de troubles graves, alors que, primitivement, il avait décrit avec sincérité ses malaises dans leurs manifestations exactes ?

Les tests organiques ont permis de montrer la réalité du syndrome subjectif que l'on mettait en doute ; mais leur recherche devra-t-elle être demandée par l'expert pour tout commotionné qu'il aura à examiner ? Nous ne le croyons pas. L'examen médical exagéré peut-être au moins aussi dangereux que l'interrogatoire mal conduit. D'autre part, la séméiologie objective exige le recours à des techniciens d'une compétence voulue et que l'expert n'aura pas toujours à sa disposition ; les Compagnies d'Assurances n'accepteront pas toujours ces multiples demandes d'hospitalisation.

Aussi nous pensons que si la recherche des tests objectifs est utile dans les cas où l'on soupçonne la simulation, le plus souvent, la perspicacité clinique du médecin doit permettre de reconnaître la sincérité du blessé, la réalité et la gravité de ses troubles.

⁂

Nous regretterons, comme certains auteurs, la synonymie parfois établie entre *le syndrome subjectif* et le *syndrome commotionnel ;* pratiquement, l'erreur n'est pas sans importance, car si l'on peut accepter dans le syndrome commotionnel des pourcentages d'invalidité oscillant de 0 % jusqu'à 100 %, jamais le syndrome subjectif pur n'entraînera de taux élevés.

On a décrit au syndrome commotionnel des degrés, de nombre variable suivant les auteurs, de gravité croissante avec l'apparition et l'intensité d'un appoint confusionnel ou de troubles organiques ; mais à partir du moment où de tels troubles sont constatés, on ne peut plus, par définition, parler d'un syndrome subjectif pur : il s'agit d'un syndrome subjectif plus autre chose ; alors que le syndrome subjectif constitue tout le syndrome commotionnel dans sa forme la moins grave, il n'en est plus qu'un des éléments à partir du moment où apparaissent l'appoint confusionnel ou les signes organiques.

Il y aurait intérêt à convenir de reconnaître au syndrome commotionnel un certain nombre de degrés, 2 suivant Martin, ou mieux 3, suivant Chavany, le syndrome subjectif étant le syndrome commotionnel du 1° ; on ne verrait plus ces divergences extrêmes comme celles qui ont été relevées dans l'enquête que le journal « La Vie Médicale » fit il y a quelques années sur « le syndrome subjectif chez les commotionnés du crâne » où tous les taux furent proposés depuis 3 % jusqu'à 100 %.

⁂

Nous avons eu l'occasion d'étudier 36 cas d'expertises de blessés civils, commotionnés du crâne.

1° Dans 2 cas, soit dans une proportion de 5 %, nous n'avons pas retenu les plaintes du blessé et nous n'avons rien accordé.

2° Les 21 cas suivants, soit dans une proportion de 58 %, appartiennent au syndrome subjectif pur ou au syndrome commotionnel du 1°.

Nous en avons jugé la réalité confirmée par :

*a*) les séquelles cicatricielles du traumatisme cranien : 50 % ;

*b*) la perte de connaissance, l'obnubilation plus ou moins prolongée au moment de l'accident, l'amnésie lacunaire : 70 % ;

*c*) la coexistence d'autres lésions corporelles sérieuses prouvant l'importance du trauma initial : 40 %.

*d*) la constatation d'une série de manifestations physiopathiques : tachycardie, éréthisme cardiaque, instabilité du pouls, congestion intense de la face dans l'inclinaison du tronc et de la tête suivie de redressement, hyperréflectivité, ébauche d'instabilité dans l'épreuve de Romberg, modifications du réflexe oculo-cardiaque : 50 % ;

*e*) la trépanation : 10 %.

Ces cas de syndrome commotionnel du 1° sont constitués par un syndrome subjectif pur et nos taux dinvalidité ont été les suivants :

8 fois de 5 %,
6 fois de 10 %,
2 fois de 15 %,
4 fois de 20 %,

suivant la discrétion ou l'évidence des troubles physiopathiques.

Dans nos appréciations, nous avons été d'accord avec celles données par Crouzon, Brisard, Imbert, Mayet, Hamel, Chavany.

3° Les 9 observations suivantes, soit la proportion de 26 %, rentrent dans la catégorie des syndromes commotionnels du 2°. Au syndrome subjectif qui s'aggrave dans ses manifestations s'ajoutent d'autres troubles qui en même temps s'estompent.

La proportion des trépanés y est plus forte : 22 %.

La perte de connaissance, l'obnubilation dans les jours qui suivent l'accident sont plus prolongées et vont même jusqu'au coma.

Dans le domaine circulatoire les troubles physiopathiques s'accentuent : le réflexe oculo-cardiaque peut être nettement modifié.

L'asthénie mentale s'aggrave de bradypsychie, de dysmnésie, d'obnubilation intellectuelle, de dépression mélancolique.

L'instabilité dans l'épreuve de Romberg se confirme.

L'éblouissement vertigineux va jusqu'à la chute et nous conduit vers l'épilepsie.

Le syndrome parkinsonien s'amorce, le tremblement apparaît, le visage se fige, l'attitude s'enraidit et la marche se modifie, la parole devient lente.

Nous avons donné les taux suivants :

dans 2 cas 30 % : éblouissement allant jusqu'à la chute,

dans 3 cas 35 % : exagération des troubles physiopathiques, lenteur de la parole,

dans 1 cas 50 % : bradypsychie, tremblement, modification de la marche,

dans 3 cas 60 % : psychasthénie, crises épileptiformes.

4° Les quatre dernières observations, soit une proportion de 11 %, sont des cas de forme grave, du 3°, où le blessé prend l'aspect d'un grand lacunaire, souvent avec rire ou pleurs spasmodiques, où la confusion mentale, la désorientation psychique, l'élément démentiel peuvent aller jusqu'à exiger passagèrement l'internement.

Nous avons ainsi donné :

dans un cas 75 % : amaigrissement, psychasthénie, dépression mélancolique,

dans un cas 80 % : troubles mentaux nécessitant le placement,

dans un cas 100 % : parkinsonisme confirmé et confusion mentale.

En résumé, pratiquement nous sérions les blessés en trois catégories avec les taux d'invalidité suivants :

1° *Le syndrome commotionnel du 1°* ou *syndrome subjectif* avec ses éléments habituels : céphalées, étourdissements, nervosisme, asthénie mentale, fatigabilité, altérations du caractère, dysmnésie, confirmés par les vestiges cicatriciels, la perte de connaissance, les autres lésions corporelles, les troubles physiopathiques; le pourcentage d'invalidité oscille de 0 % à 20 %.

2° *Le syndrome commotionnel du 2°* : accentuation des troubles physiopathiques, éblouissements vertigineux allant jusqu'à la chute et l'épilepsie, signes de parkinsonisme, bradypsychie, psychasthénie profonde avec mélancolie ; le pourcentage s'élève de 30 % à 60 %.

3° *Le syndrome commotionnel du 3°* : avec lésions en foyer, apparition d'un état démentiel, confirmation de parkinsonisme ; le pourcentage est de 70 % à 100 %.

## COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THERAPEUTIQUE

---

### Note sur le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine

par MM. P. Cossa, H. Bougeant et M. Puech (de Nice)

---

L'emploi de la strychnine dans le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme n'est pas une nouveauté puisque, dès 1873, Alfred Luton (de Reims) décrivait l'action selon lui spécifique, de la noix vomique et de son principal alcaloïde.

Ces travaux, pourtant assez abondamment diffusés du vivant de l'auteur, ont été rapidement oubliés. Durant cinquante ans, si l'on excepte une communication de Fernet à l'Académie de médecine (1901), on ne trouve plus trace de cette thérapeutique dans les publications si nombreuses consacrées à l'alcoolisme. Tout au plus, dans les traités de thérapeutique, voit-on citer l'action apéritive de la noix vomique, pour la gastrite des buveurs ; et l'action tonique de la strychnine pour l'asthénie post-délirante.

Cependant, les ophtalmologistes utilisaient depuis longtemps le sulfate de strychnine dans la névrite optique éthylique — mais, semble-t-il — sans y voir une activité spécifique.

D'autre part, l'usage de traiter le delirium tremens par la strychnine était demeuré de tradition dans certains services d'agités des Hôpitaux de Paris.

Après cette longue période d'oubli, le premier, un article de Chauffard, vient codifier cet usage : il emploie, toujours dans le délirium, 10 à 16 milligrammes par jour. Francotte porte cette dose à 30 et 50 milligrammes. Mais c'est surtout à Mme Pagniez que revient le mérite d'avoir relancé la méthode (avec Chaton). Sa posologie est celle de Chauffard. Depuis, MM. Corman et Harveno ont confirmé les résultats. En 1934, MM. Flandin et Bernard ont dû, dans deux cas, porter la dose quotidienne jusqu'à 6 et 8 milligrammes.

Toutefois, si ces travaux ont remis en honneur les principes de la strychyothérapie de l'alcoolisme, la plupart d'entre eux réduisent exagérément, à notre sens, les doses (sauf Francotte et Flandin et Bernard), et les indications. Notre expérience personnelle, vieille maintenant de six ans, nous a conduits à une technique, à l'exposé de laquelle notre interne Puech consacre sa thèse, et que nous avons eu la surprise, en remontant aux sources, de trouver singulièrement proche des pratiques d'Alfred Luton.

## I. Indications

A lire les travaux récents, l'emploi de la strychnine est réservé à l'alcoolisme aigu : delirium tremens, délire alcoolique aigu. En outre, dès que le calme est obtenu, ces auteurs cessent complètement d'utiliser le médicament, dont l'emploi se trouve, ainsi, strictement limité à l'accident paroxystique (1).

Nous avons, d'abord, procédé de la même façon. Mais nous avons plusieurs fois observé que tel « delirium tremens » calmé 24 heures, recommençait ensuite agitation et délire, obligeant à reprendre le traitement. Cette constatation nous a conduits à prolonger systématiquement l'utilisation du médicament après la phase aiguë. Nous étant ainsi rendus compte et de la parfaite tolérance du traitement et des bons effets obtenus par sa prolongation, tant sur le psychisme du malade que sur sa diurèse et sur ses fonctions hépatiques, nous avons été, tout naturellement, amenés à en étendre le bénéfice aux accidents nerveux chroniques de l'alcoolisme.

(1) Nous avons connaissance seulement après l'impression de cette note d'un article paru en 1928 dans la *Revue médicale de l'Uruguay*, où MM. Meerhoff, Anaya et de Boni appliquent la strychnine aux formes chroniques de l'alcoolisme.

Nous pouvons dire, aujourd'hui, qu'il n'est pas d'accident nerveux de l'alcoolisme qui ne bénéficie largement de la cure strychninique. Il n'existe aucune contre-indication qui résulte de l'état nerveux du malade ; les contre-indications que l'on pourrait tirer de l'état général ou viscéral sont toutes relatives et demandent seulement une surveillance très stricte de la cure.

## II. Posologie

Pareillement, les publications récentes (1) indiquent, pour le delirium tremens, une dose journalière maxima de 10 à 16 milligrammes. Très vite, cette dose nous est apparue comme souvent insuffisante. Nous avons été conduits à l'augmenter progressivement jusqu'à plus du double ; ce qui n'a pas été sans poser au début des « cas de conscience » médicaux aussi angoissants et dramatiques que celui-ci : l'un de nous est appelé, la nuit, par le service de garde, pour un delirium tremens arrivé la veille, que rien n'a encore pu calmer et dont l'état s'aggrave. A constater l'agitation extrême, la température très élevée (plus de 40°5), le pouls filant, l'aspect plombé, tout semble indiquer une mort assez prochaine. Bien que la dose de strychnine, injectée au cours des dernières 24 heures, soit déjà considérable (32 milligrammes) on en injecte encore 5 milligrammes. Au bout d'une heure, comme si la dose antitoxique d'équilibre était enfin atteinte, le calme revient, le malade s'endort ; à son réveil, l'aspect général est meilleur et la marche s'amorce vers la guérison.

Ainsi avons-nous été amenés, dans le delirium tremens, à porter la dose quotidienne à 3 et même parfois 5 centigrammes. Mais, nous devons tout de suite noter que l'on ne saurait utiliser, d'emblée, et sans tâtonnements des doses aussi fortes. Il y a des susceptibilités individuelles qu'il faut respecter. Aussi doit-on fractionner les prises, certain d'éviter ainsi, à coup sûr, les accidents. En général, nous commençons par faire 4 injections par jour (nous utilisons une solution à 5 milligr. par cc.). Une fois établie la réceptivité du sujet, la dose quotidienne peut être faite en 3 ou 2 fois. Evidemment cette dose varie suivant l'intensité de l'intoxication.

(1) Sauf celle de MM. Flandin et Bernard.

*1er cas.* — Crise de delirium tremens :

Ici, on doit, en général, injecter dès le premier jour entre 3 et 5 centigr. On commence par 5 ou 10 milligr. en une fois ; on répète la dose toutes les 3 à 5 heures suivant les besoins. Au bout de 2 ou 3 jours, on ramène la dose à celle des délires alcooliques simples.

*2e cas.* — Délire alcoolique simple :

Ici, la dose normale quotidienne est aux environs de 2 centigr. Dans les jours suivants, selon la réaction du malade, on la maintient ou on la porte à 3 centigr., chiffre que nous n'avons jamais eu à dépasser. Au bout d'une semaine et demie, ou deux semaines, la cure peut être poursuivie comme dans le 3e cas.

*3e cas.* — Accidents nerveux chroniques de l'alcoolisme :

Ici, qu'il y ait ou non polynévrite associée aux troubles mentaux, il est inutile de se montrer, d'emblée, aussi énergique. On pourra mieux tâter la susceptibilité du sujet, commencer par 5 milligr. le premier jour pour atteindre 15 ou 20 milligr. au bout de 48 heures. Mais, ce qui est indispensable pour arriver à un bon résultat, c'est de maintenir la dose une vingtaine de jours, parfois davantage, jusqu'à six semaines, avant de la diminuer progressivement.

On doit employer des doses suffisantes et les employer longtemps. C'est la condition indispensable du succès.

## III. La tolérance de la strychnine est-elle un test d'alcoolisme ?

Ces doses peuvent paraître surprenantes à quiconque ne connaît pas la tolérance de l'alcoolique à la strychnine.

Une chose est certaine, c'est qu'un sujet normal ne supporte pas, sans incident, 1 centigr. de strychnine, pris en plusieurs fois au cours de la même journée (à plus forte raison en une seule prise). Tout au contraire, un alcoolique chronique supporte couramment 2 à 5 injections quotidiennes de 1 centigr. Est-ce à dire que la réciproque soit vraie et que la tolérance anormale à la strychnine constitue un test formel d'alcoolisme ? Evidemment, non : l'intoxication barbiturique oppose une tolérance plus grande encore à la strychnine. Il semble qu'il en soit de même de certaines manifestations

toxiques de la diphtérie. Nous avons vu, également, la chose se produire dans des syndromes mentaux toxiques, de cause indéterminée. Mais ces derniers cas sont bien peu nombreux. Et, d'autre part, l'intoxication aux barbiturates ou les complications de la diphtérie ne risquent point d'être confondues avec l'intoxication par l'alcool ! Aussi, pouvons-nous dire qu'une tolérance anormale de la strychnine par un malade mental, constitue une forte présomption d'alcoolisme.

## IV. Les résultats

1° Au cours de toutes les complications nerveuses de l'alcoolisme, la strychnine calme ; il est courant de voir les plus violents et les plus agités se détendre et s'endormir en quelques heures d'un sommeil naturel. Dans les jours suivants, les troubles proprement psychiques s'estompent, la confusion diminue puis disparaît ; les troubles du caractère, l'irritabilité, les colères cèdent à leur tour ; la mémoire revient peu à peu ; nous avons même vu disparaître en six semaines la fabulation d'un syndrome de Korsakoff. Parallèlement, dès les premiers jours de la cure, disparaissent les crampes, les douleurs et les soubresauts musculaires, enfin le tremblement.

2° Chose importante : tant que dure la strychnothérapie, le malade n'éprouve pas le besoin de l'alcool. Lorsque la cure est terminée, le besoin biologique, la faim de l'alcool ne se manifestent pas. Evidemment, cela ne veut pas dire — hélas ! — que le goût de l'alcool n'existe plus ; mais ce qui a disparu, c'est le besoin du toxique pour lui-même. De même, pendant toute la durée du traitement, le malade n'éprouve aucune asthénie, la strychnine remplaçant, dans ce rôle, son tonique habituel : l'alcool.

3° Quant aux actions biologiques, nous avons constaté :

*a*) une exaltation certaine des processus de défense. Aucun de nos malades n'a présenté d'accidents pulmonaires ; ceux (en particulier les fracturés) qui avaient de la fièvre au moment où a commencé le traitement, l'ont toujours vu tomber en 48 heures. Nous n'avons perdu aucun malade, même de ceux chez qui la crise de delirium avait été déclenchée par une infection sérieuse (plusieurs pneumonies ; un anthrax de la lèvre supérieure) ;

*b*) la diurèse augmente régulièrement, favorisant l'élimination des déchets toxiques ;

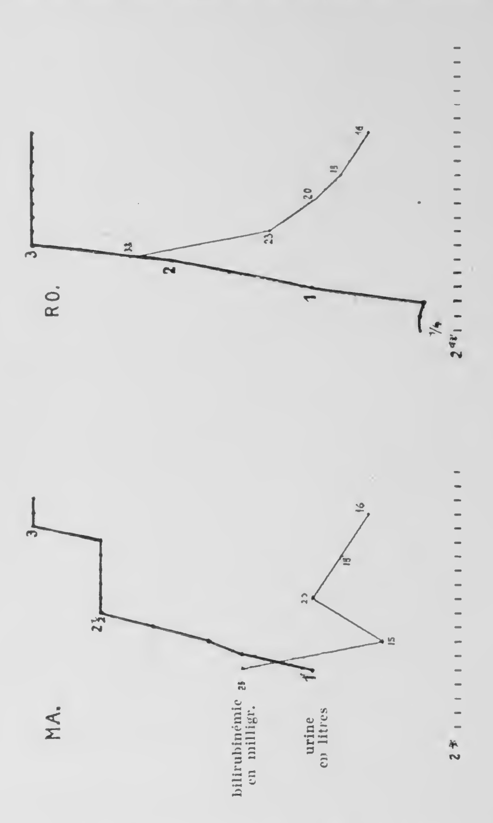
*c*) il semble, enfin, que les fonctions hépatiques soient également exaltées par la strychnine. Pour mieux établir la réalité de cette action, nous avons fait doser la bilirubine tous les deux ou trois jours chez deux malades alcooliques chroniques fortement imprégnés mais non délirants, qui ont été traités *par la strychnine seule* à 2 centigrammes par jour, sans autre régime que le sevrage d'alcool, et sans aucune autre thérapeutique. Voici les courbes de ces deux malades : la diurèse est exactement en raison inverse de la bilirubinémie, qui revient à la normale en quinze à seize jours. Ces résultats sont d'autant plus frappants que l'on sait la quasi-intégrité du rein dans l'alcoolisme. Ils tendraient à donner la première place au foie dans le mécanisme de l'oligurie.

⁂

Certes, dans la pratique courante, nous n'agissons pas ainsi ; et, si grande que soit notre confiance dans la strychnine, nous ne bornons pas à elle notre activité thérapeutique : Nous avons coutume de faire, chez nos malades, un drainage des voies digestives au sulfate de magnésie ; et leur alimentation ne comprend que des éléments atoxiques (jus de fruits concentrés). Il faut, en outre, et suivant les besoins, manier les toni-cardiaques et les diurétiques. Enfin, nous signalons seulement — car ceci ouvrirait un autre chapitre — que, lorsqu'il y a polynévrite, avec ou sans syndrome de Korsakoff, l'association de vitamines B et celle d'extraits hépatiques injectables, nous a donné les meilleurs résultats.

Mais ces diverses thérapeutiques ne sont, ici, qu'accessoires. La strychnine constitue, selon nous, le fond du traitement des accidents nerveux de l'alcolisme. Nous ne voulons pas nous engager ici, dans des considérations physiopathologiques longuement et brillamment développées par le rapporteur ; discuter si, dans l'éthylisme, c'est l'alcool qui lèse directement les fibres nerveuses et les centres, ou si ce sont des produits toxiques eux-mêmes nés d'un foie abîmé par l'alcool ; pas davantage si la strychnine neutralise directement l'alcool *in vivo ?* ou si elle agit seulement en sollicitant la cellule nerveuse en sens opposé à l'alcool [ou à ses produits de transformation métabolique].

A ne considérer tout d'abord que ce dernier point, les travaux de A. et B. Chauchard ont établi que l'alcool, tout comme les barbiturates élève la chronaxie de l'écorce mo-




trice. On voit, tout de suite, combien il est peu logique d'employer les barbiturates dans le traitement des délires alcooliques. Cela revient à ajouter à un toxique déjà redoutable, un autre toxique, non moins dangereux, et qui frappe la cellule nerveuse exactement dans le même sens. Somme toute,

les barbiturates agissent, dans le delirium, comme le ferait une dose plus forte d'alcool, qui transforme l'ivrogne agité en ivre-mort.

Autrement légitime apparaît l'emploi de la strychnine. Celle-ci, en effet stimule l'écorce rolandique exactement en sens inverse : elle en diminue la chronaxie. Ainsi se comporte-t-elle vis-à-vis des centres nerveux comme un parfait antagoniste, et de l'alcool et des barbiturates : ce qui explique son activité éclatante aussi bien que son exceptionnelle tolérance dans l'une comme dans l'autre de ces intoxications.

Mais, à y regarder de plus près, la ressemblance entre les deux cas n'est pas absolue : du côté barbiturates, en effet, l'action du toxique est aiguë. Elle se fait sentir massivement, directement sur la cellule nerveuse. Du côté éthyl, au contraire, l'imprégnation nécessaire est lente, chronique. Avec le rapporteur, nous pensons que l'activité directement neurotrope de l'alcool n'est pas seule en cause (1) ; que l'insuffisance hépatique y est pour beaucoup. Et le mécanisme même de cette insuffisance apparaît bien complexe : il y a certes, production, par le foie malade, de substances nocives, d'ailleurs indéterminées ; il y a défaillance de la barrière hépatique : des protéines alimentaires passent dans la circulation à un stade insuffisant de désintégration. Mais il y a aussi défaillance d'une autre fonction hépatique : le foie, malade, n'est plus capable d'assurer sa fonction de fixation des vitamines B (indispensables à la nutrition du tissu nerveux). Ce sont les carences d'absorption qui représentent, somme toute, le phénomène de refus de Mouriquand, et qui jouent un si grand rôle dans la genèse des polynévrites (Villaret et Justin Besançon). Là encore, l'utilisation de la strychnine se justifie — non certes pour ce dernier mécanisme qui explique le succès des vitamines B et des extraits de foie délipoïdés dans les polynévrites, — mais pour les deux premiers : nos courbes n'établissent-elles pas la richesse de la stimulation hépatique provoquée par cette méthode ?

Action toxique neurotrope directe ; triple action de l'insuffisance hépatique ? Peut-être les choses sont-elles plus complexes

(1) Nous ne nions pas le rôle possible direct, neurotrope de l'alcool ou de ses dérivés : l'identité de comportement vis-à-vis de la strychnine, de l'ivresse aiguë et du délire chronique nous paraît au contraire un argument en sa faveur. Seulement ce neurotropisme est loin d'être tout.

encore : comment rendre compte, en effet, des cas de delirium « a potu suspenso » ou des cas, plus fréquents encore, de ces buveurs d'habitude qui sont irritables, tremblants et incapables d'activité tant qu'ils n'ont pas leur ration matinale ? Nous voici ramenés au problème de toutes les toxicomanies : à cette constatation d'un équilibre nouveau de la cellule nerveuse ; équilibre auquel est indispensable une certaine dose de toxiques. Mais n'est-ce pas justement un des résultats les plus remarquables de la strychnine que cette disparition du besoin ? Tout se passe comme si l'alcaloïde suppléait l'alcool dans le maintien de cet équilibre cellulaire. Seulement, au contraire des thérapeutiques substitutives, il ne crée pas de toxicomanie de remplacement. Dans tous les sens du mot, il désintoxique.

On le voit, quel que soit le mécanisme envisagé, on y peut trouver une justification de la méthode de Luton. Ne l'y trouverait-on pas d'ailleurs que ce serait la même chose : les constatations de fait demeureraient. Ce sont les seules qui importent à nos malades.

---

# A propos du traitement de certaines maladies mentales par les injections d'huile soufrée Résultats obtenus dans le Service des femmes de l'Asile d'Albi

par J. Trillot

---

Depuis 2 ans, j'utilise les injections d'huile soufrée dans le traitement de certaines maladies mentales. Mes premiers essais eurent lieu chez 4 malades entrées à l'Asile depuis peu, et se présentant comme des démentes précoces dont la maladie évoluait depuis un an au maximum ; 2 guérisons sur les 4 malades traitées m'encouragèrent à poursuivre l'application de cette thérapeutique chez un certain nombre d'hébéphréniques; mais la proportion de guérisons et même d'améliorations fut bien moins importante, ainsi qu'on en jugera.

Voici tout d'abord avec quelques détails les observations des 2 malades guéries :

Observation 1. — Mlle de L. Marie-Thérèse, âgé de 15 ans, auparavant gaie, sans hérédité, sans antécédents personnels sérieux, commença à présenter en janvier 1935 des bizarreries du comportement : rires et pleurs immotivés, agitation nocturne, tendance à l'isolement, elle cesse de jouer avec ses camarades. A partir du 15 janvier, elle présenta des hallucinations ; le bruit lui faisait du mal. Le Pr Riser de Toulouse diagnostiqua « Bouffée délirante devant durer 5 à 6 semaines ». La malade entra à la Maison de Santé du Dr Parant où on la traita pour une encéphalite (salicylate de soude intra-veineux, uroformine, naïodine) sans aucun résultat appréciable. En avril 1935, le Dr Parant l'envoie à l'Asile d'Albi en indiquant : « paraît être atteinte d'une forme grave de démence précoce ». Lors de l'admission on constate : « indifférence affective, désintérêt, inertie ; mutisme presque complet ; maniérisme ;

mouvements dysharmoniques et mouvements parasites de la face ; attitude toujours la même : se tient debout dans la cour toute la journée, la tête fléchie sur la poitrine ; gâtisme ».

En juin 1935, je traite cette malade par l'huile soufrée (sulfosine) à 1 0/0 à doses croissantes. A la 3e piqûre (5 cc.), la température s'élève à 40°. Dès la 5e injection, la malade se met à pleurer quand elle voit arriver l'infirmière avec la seringue ; elle supplie qu' « on ne la pique pas ». Peu à peu la lucidité revient, la malade parle davantage et d'une façon cohérente ; elle ne gâte plus. A la fin de la série, elle est plus gaie, se montre affectueuse, demande la visite des siens, veut sortir. Elle travaille, mais d'une façon irrégulière, entreprenant un ouvrage sans avoir achevé le précédent. La malade sort de l'asile en juillet et passe le mois d'août dans sa famille. Je la revois en septembre ; elle est devenue hypomaniaque, par trop exubérante, critique avec ironie les personnes austères avec lesquelles elle vit, tient des propos grossiers. Un traitement sédatif la calme en quelques semaines. La malade devient plus pondérée et reprend peu à peu ses études. A l'heure actuelle, la guérison est constante.

Observation 2. — Mme R... Noélie entre à l'asile le 29 décembre 1934 avec un état de confusion mentale prolongée survenu à la suite d'un accouchement.

Dans les semaines qui suivent, la maladie semble évoluer vers la démence précoce avec indifférence affective le plus souvent. Rires et pleurs sans motifs. Mme R. exprime à certains moments des craintes vagues : a peur d'un danger qu'elle ignore. Ralentissement de l'activité ; opposition à l'examen. Difficulté de l'alimentation. Bradypsychie. Mutisme le plus souvent complet. Malgré l'abcès de fixation renouvelé, les injections de nucléinate de soude, de soluprotine, la malade semble de plus en plus sombrer dans la démence précoce ; des signes catatoniques apparaissent : négativisme, stéréotypies, maniérisme, impulsivité. Tendance à la conservation des attitudes. Actes absurdes : boit son urine.

En juillet 1935, Mme R. est traitée par des injections d'huile soufrée à 1 0/0, l'amélioration commence dès la 5e piqûre et s'accentue vers la fin du traitement. Le 31 août, elle sort guérie complètement. Depuis, malgré une nouvelle grossesse, la guérison s'est maintenue.

A la suite de ces résultats, je décidai de traiter un certain nombre de démentes précoces par la sulfosine à 1 ou 2 %, à doses croissantes (2 injections de 1 cc., 3 de 5 cc., 5 de 10 cc.), associant à ce traitement la chrysothérapie dans les seuls cas où la tuberculose pouvait être mise en cause. Ce sont les résul-

tats que je viens vous exposer, dans un premier chapitre, puis dans un deuxième chapitre je vous signalerai les résultats obtenus dans diverses psychoses.

## CH. I. — LES INJECTIONS D'HUILE SOUFRÉE DANS LES ÉTATS DE DÉMENCE PRÉCOCE

Jusqu'à ce jour, 19 démentes précoces confirmées à forme hébéphrénique, hébéphréno-catatonique ou paranoïde furent traitées : aucune guérison ; 3 améliorations passagères en cours de traitement persistant seulement quelques semaines après (Obs. 3, 4, 5) ; 5 améliorations plus ou moins importantes et durables (Obs. 6, 7, 8, 9, 10) ; 11 résultats nuls (Obs. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21). Chez quelques-unes de ces malades, les troubles étaient apparus depuis peu (moins d'un an).

### A) *Améliorations de courte durée avec retour rapide à l'état antérieur au traitement*

OBSERVATION 3. — Mlle B..., 36 ans, religieuse de la Trappe, entre le 26 juillet 1934 à l'Asile pour troubles mentaux ayant débuté depuis quelques années. Tendance à l'isolement et aux fugues. A l'entrée : dépression psychique atypique. Mutisme. Opposition à l'examen. Négativisme. Refus d'aliments.

En décembre 1934, la malade manifeste épisodiquement quelques idées d'influence, de négation d'organes. Elle est entourée d'électricité, entend des bruits causés par l'électricité.

*Mai 1935 :* 1re série de 10 piqûres d'huile soufrée à 1 0/0 : résultat nul.

*Août 1935 :* une 2e série n'amène aucun résultat.

*Novembre-décembre 1935 :* une série d'huile soufrée à 2 0/0. Très légère amélioration. Diminution du négativisme. La malade s'alimente mieux ; parle davantage lors des visites qu'elle reçoit, manifeste le désir de sortir. Satisfaction lui est donnée le 30 janvier 1936 ; mais au bout de quelques semaines, se manifeste une nouvelle rechute amenant la réintégration à l'Asile.

OBSERVATION 4. — V... Maria. Hébéphréno-catatonie. Impulsivité. Mutisme entrecoupé d'impulsions verbales.

Améliorée durant le traitement, parle mieux vers la 5e piqûre. Mais dès la fin de la série, la malade revient dans le même état qu'auparavant.

Observation 5. — Mlle M... Andrée. Hébéphrénie avec excitation psychique incohérente. Tenue négligée. Non améliorée par l'abcès de fixation. Amélioration apparue vers la fin du traitement à l'huile soufrée, et durant une quinzaine de jours. Disparition de l'incohérence; malade plus affective.

Mais retour progressif et complet à l'état antérieur en une vingtaine de jours.

## B) *Améliorations légères mais durables*

Observation 6. — Mlle B... Monique. Démence précoce avec autisme. Indifférence affective. Inertie complète. Dissociation intellectuelle. Négativisme. Mutisme. Après traitement, réponses rares mais pertinentes, adaptées aux questions. Activité idéique encore bien ralentie. Travaille d'une façon routinière, machinale.

Observation 7. — Mlle B... Anna, âgée de 17 ans ; intelligence normale, caractère gai auparavant. Vers l'âge de 13 ans, à l'occasion de la puberté, peu à peu cette jeune fille est devenue indifférente, inactive, paresseuse, se levant tard. Tendance à l'isolement. Boudeuse. Rires immotivés explosifs, pleure de même sans motif. Ne répond pas aux questions qui lui sont posées. Lenteur des mouvements. Met une heure pour s'habiller. Obésité.

Amélioration après deux séries d'injection d'huile soufrée associée à l'opothérapie thyro-ovarienne. Activité un peu plus marquée ; répond mieux aux sollicitations extérieures.

Observation 8. — Mlle B... Odette, 24 ans, entrée à l'Asile le 24 janvier 1936. Démence précoce dont les premières manifestations sont apparues à la mère, débile mentale, quelque deux mois avant l'entrée, à la suite d'une contrariété banale.

Ne réagit à aucune incitation. Indifférente, inactive. Mutisme complet. Négativisme. Opposition. Tendance à la conservation des attitudes. Lenteur et maladresse des mouvements. Refus intermittent d'aliments.

Amélioration légère après traitement, permettant la sortie de l'asile, la malade parle mieux, s'occupe davantage, s'alimente bien, mais il persiste un ralentissement psychique très marqué.

Observation 9. — Mlle C., Maria, 26 ans. Démence précoce à forme paranoïde. Idées de persécution, d'influence, d'agression contre sa personnalité psychique et physique non systématisées. Sentiment d'étrangeté autour d'elle. Hallucinations auditives auxquelles elle répond. Discordances entre la mimique et les sentiments. Rires immotivés. Après le traitement à la sulfosine à 1 0/0, la malade est moins délirante, moins hallucinée et sort le 17 décembre 1935. Depuis, je n'ai jamais reçu de ses nouvelles.

Observation 10. — C... Emilie, 20 ans, entrée à l'asile le 23 octobre 1936. Début remontant à quelque 7 mois. Une tante a été internée.

Indifférence affective complète sauf à de rares moments où la malade rit ou se montre anxieuse sans raison. Absence d'activité pragmatique. Hallucinations auditives, visuelles, cénesthésiques. Hallucinations psychiques. Sentiment d'étrangeté, de modification de la personnalité. Idées d'influence : on l'empêche de parler et, de fait, elle ne répond que par écrit. Activité psychomotrice troublée. Difficulté de la mise en marche, lenteur des mouvements. Barrages. Négativisme et opposition. Fugues avant l'admission.

Le traitement par injections d'huile soufrée a amélioré notablement cette malade qui a pu sortir le 25 février 1937. Les hallucinations avaient disparu ainsi que les idées d'influence. La malade gardait encore une certaine lenteur des mouvements et un ralentissement psychique important, mais elle parlait avec plus d'aisance.

### C) *Aucune modification*

Observation 11. — Mlle G... Marie-Louise, 20 ans, entrée à l'asile le 15 janvier 1935, est une des quatre premières malades traitées. Les troubles ont débuté 10 mois environ avant l'entrée. Le grand-père, un médecin, est interné pour manie chronique ; la mère est bizarre de caractère.

A l'entrée, on pouvait relever chez la malade les troubles suivants : Excitation maniaque incohérente avec rires aux éclats et anxiété paradoxale. Maniérisme puéril. Gesticulation incohérente, stéréotypée. Tenue désordonnée, sans aucune pudeur. Gâtisme. Troubles vaso-moteurs. Infiltration pseudo-phlébitique des membres inférieurs. Règles irrégulières. Obésité.

*En mai 1935 :* une série d'injections d'huile soufrée à 1 0/0 : aucun résultat.

*Juillet 1935 :* une série d'injections d'huile soufrée associée à l'allochrysine et aux extraits thyro-ovariens. Aucun résultat. Actuellement la malade est devenue une démente précoce avec agitation. Stéréotypée. Maniérisme. Grimaces. Conservation des attitudes. Indifférence affective : « Laissez-moi tranquille », « Laissez-moi tranquille » sont ses seules paroles prononcées d'une voix puérile.

Observation 12 .— Mlle P... Marguerite, entrée à l'asile le 19 avril 1930, à l'âge de 27 ans. Démente précoce, indifférente, inactive, ambivalente. Rires explosifs immotivés, maniérisme. Vagues idées de persécution et d'influence sans systématisation. Irritabilité et impulsivité. Inactivité idéique. Obésité.

Traitée sans résultat par la sulfosine à 1 0/0 en octobre 1935.

Depuis, la maladie s'est aggravée. Refus d'aliments. Agitation intermittente et impulsivité.

OBSERVATION 13. — Mlle G... Suzanne, entrée à l'asile le 15 avril 1934, à l'âge de 29 ans, avec un syndrome hébéphréno-catatonique. Elle reçoit deux séries d'injections d'huile soufrée, la 1re à 1 0/0, la 2e à 2 0/0, sans aucun résultat.

OBSERVATION 14. — Mlle M... Tomasa, entrée le 30 octobre 1935, à l'âge de 22 ans, pour démence hébéphrénique dont le début remonte à quelques années. Dysménorrhée. Aucun résultat par traitement à l'huile soufrée et opothérapie ovarienne.

OBSERVATION 15. — Mlle C... Simone. Démence précoce avec agitation incohérente, entrée à l'asile le 19 juillet 1935. Début des troubles en 1933. Non améliorée par l'huile soufrée.

OBSERVATION 16. — Mlle B..., ex-professeur agrégée de langues vivantes. Démence précoce évoluant depuis plusieurs années après un syndrome mélancolique délirant. Impulsivité, traitée antérieurement par injections d'Uroformine, Pyoformine, Soluprotine, Sérum anticolibacillaire. Aucun résultat n'est obtenu avec les injections d'huile soufrée.

OBSERVATION 17. — Mme A... Marcelle, entrée le 22 décembre 1932. Démence précoce à forme paranoïde avec délire non systématisé de persécution et d'influence. Hallucinations psychiques et auditives. Conservation des attitudes. Maniérisme. Stéréotypies.

Aucune amélioration après traitement.

OBSERVATION 18. — Mme Renée B..., 34 ans, entrée le 25 octobre 1934. Démence précoce à forme délirante. Indifférence. Inactivité. Ambivalence. Discordances. Idées non systématisées d'agression physique, d'empoisonnement, de zoopathie (elle a un serpent dans le ventre). Non améliorée par les injections d'huile soufrée.

OBSERVATION 19. — Mme G. R..., entrée le 4 avril 1935. Démence précoce avec idées délirantes non systématisées, hallucinations auditives, visiuelles. Indifférence. Inactivité. Impulsivité. Irritabilité. Stéréotypies. Parle d'elle à la troisième personne du singulier.

Traitée sans résultat par les injections d'huile soufrée.

OBSERVATION 20. — Mlle A... Juliette, 30 ans, entrée le 2 décembre 1935. Démence précoce à forme paranoïde. Idées délirantes sans systématisation de persécution, d'influence. Automatisme mental. Néologismes. Hostilité à l'égard de la famille. Réactions violentes contre l'entourage avant l'admission. Calme le plus souvent, à l'asile, indifférente. Activité routinière.

Non améliorée par les injections d'huile soufrée.

Observation 21. — Mlle A... Alice, 21 ans, entrée à l'asile le 14 janvier 1937. Hébéphrénie avec indifférence affective et réactions paradoxales. Fugues avant l'entrée. Gâtisme. Spumation continuelle.

Aucune amélioration après traitement.

## Ch. II. — Résultats du traitement par les injections d'huile soufrée dans diverses maladies mentales

A) *Paralysie générale.* — Je n'ai traité qu'une seule paralytique générale par l'huile soufrée. Il s'agissait d'une malade, entrée à la suite d'expertise médico-légale. Sa P.G. évoluait depuis de nombreuses années, ainsi qu'en témoignent les résultats de l'enquête. Les injections de sulfosine donnèrent 10 accès thermiques classiques, sans résultats. Les injections de stovarsol entraînèrent une névrite optique (ou peut-être le processus syphilitique s'étendit-il au nerf optique ?) et la malade mourut cachectique et aveugle.

B) *Manie.* — 9 maniaques ont été traitées par injections de sulfosine, après échec de l'abcès de fixation que je fais systématiquement à toutes les malades entrant à l'asile en état d'excitation. Je n'exposerai pas leurs observations, me contentant de signaler les heureux résultats de ce traitement.

8 malades sont sorties guéries; une seule, F. Marie-Thérèse, entrée pour la deuxième fois le 3 juin 1935 n'a pas été influencée par le traitement. Il s'agit d'une maniaque de 35 ans internée pour manie ; le frère de la malade est lui aussi atteint de manie et a été interné 2 fois en même temps que sa sœur.

L'une des malades, M. Léa, âgée de 25 ans, sortie guérie, présentait à l'entrée de l'excitation incohérente, des signes de discordance, des réactions affectives paradoxales, de l'irritabilité, de l'instabilité de l'humeur qui permettaient de noter dans le certificat de 24 heures : « Possibilité de démence précoce » ; l'amélioration commença à se manifester à la fin du traitement, en juillet 1936, alla en s'accentuant rapidement. La guérison était constatée fin août 1936.

Les 7 autres malades se calmèrent durant les injections, mais la guérison ne se manifesta que plus tardivement, sans toutefois excéder un mois ; 2 de ces malades reçurent 2 séries d'injections d'huile soufrée ; elles présentèrent peu après la

guérison de l'état maniaque, un état dépressif qui, pour l'une, nécessita un deuxième internement de courte durée.

C) *Etats maniaques symptomatiques.* — Une des malades classée avec les malades guéries dans le tableau précédent et traitée cette année pour manie, avait été internée au début de 1935 pour un état maniaque développé à la suite d'une toxi-infection grave avec température à 40°. Le traitement à l'huile soufrée avait été institué alors que la malade était dans un état alarmant. Il m'a semblé que l'huile soufrée, en même temps qu'elle calmait l'excitation psycho-motrice, amenait une amélioration de l'état général.

D) *Mélancolie.* — Quatre malades présentant un syndrome de mélancolie pure ont été traitées, 3 n'ont subi aucune amélioration même tardive. La quatrième est actuellement guérie, mais il semble que le traitement n'a eu aucune influence, pas même celle d'abréger l'évolution de la maladie.

E) *Syndromes mélancoliques symptomatiques* — Une malade entrée le 6 janvier 1937 avec troubles mélancoliques : anxiété, agitation, hallucinations pénibles, idées délirantes de culpabilité, d'indignité, de persécution, de suicide, interprétations fausses, température s'élevant progressivement jusqu'à 39°6, reçoit des injections d'huile soufrée à partir du moment où la température est devenue normale. L'anxiété se calme peu à peu et l'on assiste à la disparition des troubles délirants et hallucinatoires durant le traitement. Le 10 mars les injections sont terminées et vers la fin de mars la malade peut être considérée comme guérie. La sortie est accordée le 8 avril.

Dans cette catégorie peuvent rentrer les 2 malades dont voici les observations succinctes :

Mme C... Herminie entre le 2 septembre 1935 avec un état mélancolique anxieux avec idées de damnation, de culpabilité, de suicide. Agitation. Etat général infectieux. Etat saburral des voies digestives. Température élevée. Ces troubles auraient débuté chez cette malade à la suite d'une contrariété ; d'après le mari, sa fillette aînée s'étant mise en colère, Mme C... qui nourrissait un bébé de 3 mois « cessa d'avoir du lait pendant quelques jours ; c'est au moment de la nouvelle montée laiteuse qu'apparurent les troubles mentaux ».

Après avoir essayé divers traitements, abcès de fixation, néophysio, septicémine, je prescris le 15 octobre les injections de sulfosin à 1 0/0. Les troubles s'atténuent et un premier essai de

sortie est tenté après une période d'amélioration de quelque 15 jours. 2 jours plus tard elle rentre à l'asile présentant un état d'excitation psycho-motrice modérée, un nouveau traitement par la sulfosine à 1 0/0 est institué qui s'accompagne d'une guérison rapide et définitive.

Mme G... née R... entrée le 21 mars 1936 pour troubles mentaux de la période de lactation caractérisée par de la dépression mélancolique avec anxiété. Mutisme. Refus d'aliments. Opposition à l'examen, fut améliorée à la suite du traitement à l'huile soufrée mais cette amélioration ne dura pas. Actuellement la malade semble évoluer vers un délire chronique de persécution avec hallucinations auditives.

F) *Episodes d'excitation, de dépression, bouffées délirantes survenant chez les débiles mentaux et les déséquilibrés.* — Il semble que l'huile soufrée n'ait que peu d'influence sur ces troubles. Cinq malades déséquilibrées présentant des bouffées délirantes, avec excitation alternant avec de la dépression, n'ont pas été améliorées par les injections de sulfosine.

Une débile de 25 ans, Mlle S. Marthe, entrée le 14 septembre 1935, pour excitation psycho-motrice avec bouffée délirante et confusion légère, température élevée, fut traitée lorsque l'état général se fut amélioré, c'est-à-dire en novembre 1935. L'état mental s'améliora progressivement dès les premières réactions thermiques et la sortie par guérison fut accordée le 10 janvier 1936.

G) *Essai chez une délirante chronique* au début (délire d'interprétation), aucun résultat.

## Incidents survenus au cours du traitement

Aucun accident grave n'a été remarqué chez mes malades. Une seule présenta à la suite des piqûres des réactions locales intenses qui abcédèrent ; l'examen bactériologique du pus montra qu'il s'agissait d'abcès aseptiques.

Deux malades, mélancoliques toutes les deux, présentèrent des vomissements bilieux dans la suite ; ces vomissements cédèrent chez l'une avec l'administration d'extraits hépatiques buvables et un lavage d'estomac ; chez l'autre, la sortie fut accordée, tant l'état général semblait grave ; mais la malade guérit chez elle au bout de quelques semaines.

Une maniaque vomissait de la bile après chaque injection.

Enfin, chez une seule malade, je dus interrompre le traitement à cause de l'amaigrissement très marqué ; après quelques jours de repos, on put le reprendre sans inconvénients.

## Conclusions

De cette étude on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Les résultats obtenus dans le traitement de la démence précoce par les injections d'huile soufrée, chez mes malades femmes d'Albi, correspondent aux résultats déjà publiés par de nombreux auteurs.

Cette méthode thérapeutique a le mérite d'être à peu près sans danger et peut être appliquée par tout médecin ne disposant pas d'un personnel très averti. Devant les échecs de presque tous les procédés antérieurement utilisés, son application doit être encouragée.

Il est préférable d'avoir recours à ce traitement d'une façon précoce ; mais les résultats dans les cas anciens sont assez souvent appréciables, 3 malades anciennes ont été améliorées d'une façon plus ou moins importante, mais pour le moins durable. Même si l'amélioration ne consiste qu'en un retour à une certaine activité, à une accalmie, ne doit-elle pas être recherchée ?

L'avenir dira si ces améliorations ne sont que de simples rémissions ou des améliorations de longue durée.

Enfin, il convient de traiter les malades dont l'affection semble devoir évoluer vers la démence hébéphrénique et ne pas se hâter de porter un diagnostic trop précoce, un pronostic trop sombre ; les observations I et II, que je vous ai rapportées et celle de cette jeune maniaque incohérente, présentant des signes de discordance, des réactions affectives paradoxales en font foi. Les mots de démence précoce, qui indiquent un état terminal irrémédiable ne devraient être prononcés que lorsque tout espoir de guérison est aboli.

2° Les états maniaques, qu'ils relèvent de la manie pure ou qu'ils soient symptomatiques d'états toxi-infectieux, sont heureusement influencés par la pyrétothérapie à l'huile soufrée. Je tiens à faire remarquer qu'avant de commencer les injections de sulfosine, j'ai toujours eu recours à l'abcès de fixation (huile térébenthinée) et seuls les cas rebelles ont tous été traités par l'huile soufrée.

*Les états mélancoliques* purs semblent ne pas être influencés.

Mais deux malades présentant des syndromes mélancoliques développés à la faveur d'un état toxi-infectieux ont été très améliorées et les troubles mentaux ont rétrocédé rapidement.

Les épisodes d'excitation, de dépression, les bouffées délirantes survenant chez les déséquilibrées et les débiles sont influencés dans la proportion de 1 sur 5, soit 20 %.

L'huile soufrée ne m'a donné aucun résultat dans les quatre cas suivants :

Une récidive de manie aiguë.

Un délire d'interprétation au début.

Une mélancolie post-puerpérale qui évolue vers un état de délire hallucinatoire chronique.

Une paralysie générale ancienne.

Cette communication n'a pas pour seul but de répéter ce qui a été dit sur l'huile soufrée, j'ai simplement tenu à apporter les résultats que j'ai obtenus afin de les ajouter aux travaux déjà nombreux sur la pyrétothérapie à l'huile soufrée ; j'ai voulu également montrer les heureux résultats de cette thérapeutique dans certaines psychoses.

---

# De l'emploi de la diathermie dans certains troubles du système nerveux

par le Dr André Munier (de Nancy)

---

Depuis un certain temps, on parle de plus en plus de pyrétothérapie, c'est pourquoi je tiens à vous signaler un traitement que j'emploie depuis 1919 chez des malades présentant des troubles du système nerveux. Ce traitement, je ne l'ai pas inventé ; pendant la guerre, au centre de neuro-psychiatrie de la 20e région, mon chef de centre, le Dr Galtier, ancien chef de clinique du Professeur Régis, regrettait souvent de ne pas avoir à sa disposition un appareil de diathermie ; au cours de longues causeries, il me disait combien ce mode de traitement électrique lui donnait de résultats intéressants. C'est pourquoi, dès l'Armistice, chargé de réinstaller le centre à Nancy, à l'Hôpital Sédillot, ayant à ma disposition un très important matériel, je pus monter un appareil de diathermie dont je me servis aussitôt.

Sans vouloir entrer dans des détails qui prendraient trop de temps, il importe ici, de fixer deux points qui peuvent être intéressants :

1° Le mode de traitement employé.

2° Les malades à qui il faut appliquer ce traitement.

Je me sers d'un appareil de diathermie de chez Gaiffe, permettant d'utiliser 6 A., mais je dois bien attirer votre attention sur ce fait que pour les applications dont je vous entretiens, je ne dépasse jamais 1,3 A. Comme forme de traitement, j'emploie le lit condensateur. Je fais environ 30 séances consécutives, une chaque jour, variant de 20 minutes à une demi-heure. Le malade, étendu sur le lit et tenant une barre métallique entre ses mains, ressent dès le début de la séance une sensation de chaleur dans les poignets, cette sensation est ressentie peu à peu dans les avant-bras et les bras ; puis, le malade transpire, souvent il commence à

somnoler, parfois il s'endort complètement. Pendant ce temps, la respiration devient plus ample, plus profonde, d'autre part, le pouls s'accélère légèrement, sauf, chose curieuse, chez des malades comme les hyperthyroïdiens ayant déjà un nombre de pulsations au-dessus de la normale. Quand la séance est terminée, le malade a souvent une sensation de bien-être qui lui fait dire : « Je voudrais rester sur ce lit toute la journée ».

Quels sont les malades justiciables de ce traitement ? Tous les nerveux, petits mentaux qui présentent du déséquilibre vago-sympathique s'accompagnant de troubles gastro-intestinaux caractérisés par des digestions lentes, avec parfois un estomac dilaté, de l'aérogastrie, de l'aérocolie. Tous ces malades — j'insiste sur ce point — sont ce que j'appelle des déséquilibrés glandulaires, qu'il s'agisse de glandes à sécrétion interne ou de glandes à sécrétion externe.

J'ai pu ainsi, appliquer ce traitement non seulement à des déprimés nerveux que nous voyons si souvent en clientèle, mais, encore à des crisards, à des basedowiens, à des choréiques et même à un jeune paralytique général qui était en état de cachexie si prononcée que je craignais pour lui le traitement par la malariathérapie. Je signale en passant, que son état général s'est relevé, qu'il a pris du poids et qu'il a fait une rémission d'un an. D'ailleurs, d'une façon générale, on constate toujours au minimum, une amélioration considérable, souvent une guérison complète. Je pourrais citer des cas de crises convulsives à type comitial qui ont disparu entièrement. J'ai pu suivre un malade que j'ai soigné il y a 13 ans et qui n'a plus jamais eu de crise ; une jeune femme soignée il y a sept ans est venue me voir l'an dernier parce qu'elle avait quelques vertiges, mais sans crise, depuis, tout est rentré dans l'ordre.

Une question se pose maintenant, comment agit ce traitement ?

Est-ce par l'élévation de la température centrale du corps ? C'est possible, elle est cependant peu importante avec l'emploi du lit condensateur, le malade ne dépassant pas 38°. Est-ce par l'augmentation du métabolisme nasal ? Peut-être, mais, il faut citer ce fait troublant que, chez des malades à métabolisme élevé comme les basedowiens, le traitement diminue ce métabolisme. Il y a là certainement quelque chose qui nous échappe, et c'est un peu pour cela que j'ai pris la parole

aujourd'hui, car, je souhaiterais que dans des services hospitaliers, dans des cliniques, partout où il y a un personnel pouvant faire des recherches scientifiques, on essaye cette méthode, on fasse de l'expérimentation, des travaux qui pourront un jour nous éclairer complètement sur le mode d'action de ce traitement.

J'ajouterai maintenant que si j'emploie beaucoup ce mode de traitement, je n'abandonne pas pour cela, l'usage de certains médicaments, mais, je puis ainsi faire dormir des malades sans hypnotique, si je prescris du gardénal, que, soit dit en passant, j'associe toujours à la strychnine, j'emploie des doses faibles ce qui est un avantage chez des gens qui éliminent mal ; je surveille également le régime alimentaire, tous ces malades ne pouvant absorber que des produits qui se digèrent facilement et ne produisent pas de fermentations.

J'en aurais pour trop longtemps à vous dire encore, mais, ce que je veux que vous sachiez, c'est que vous pouvez avoir entre les mains une arme qui vous donnera souvent des résultats inespérés. D'autre part, ce traitement, si vous l'essayez, faites-le vous-même, vous verrez vos malades chaque jour, vous pourrez avoir plus d'influence sur eux, vous pourrez en même temps, mettre en œuvre toute une psychothérapie qui viendra s'ajouter à l'action du traitement.

Cet exposé beaucoup trop bref, n'a pas permis d'entrer dans des détails intéressants et utiles à connaître, aussi, je suis à l'entière disposition des confrères que ce traitement pourrait intéresser, je me ferai un plaisir de leur donner toutes les explications qu'ils voudront bien me demander.

---

# La crise convulsive provoquée par les analeptiques chez l'homme et l'animal

par H. Bersot
(Le Landeron, par Neuchâtel, Suisse)

---

Démonstration à l'aide d'un film cinématographique des caractères principaux de la crise convulsive provoquée.

A. *Chez l'homme.* — L'injection intraveineuse de 0 gr. 5 de cardiazol provoque presque instantanément une brusque et très brève agitation généralisée, puis une phase tonique, avec contracture des membres, renversement de la tête et du tronc en arrière, hyperextension accompagnée parfois de torsion du haut du corps ; puis petites secousses cloniques brèves et rapides qui augmentent d'amplitude à mesure que leur rythme se ralentit et que diminue l'hypertonicité, pour prendre enfin l'aspect de la *phase clonique bien connue.*

Ces phases sont mises bien évidence par le ralentissement cinématographique. On remarque alors :

1° Que la phase tonique est précédée de quelques mouvements amples et généralisés (écartement et rapprochement des bras et jambes, renversement du corps en arrière).

2° Que dans la phase tonique, apparaissaient déjà des secousses rapides comme un tremblement généralisé.

3° Que les grandes secousses de la phase clonique ne sont pas simultanées dans tout le corps, mais se développent *comme une onde* qui se propage de la tête aux pieds avec contraction brusque, puis relâchement des muscles fléchisseurs de la tête et du cou, puis de la ceinture scapulaire (surtout les pectoraux), des muscles abdominaux et enfin de la ceinture pelvienne, puis des fléchisseurs de la cuisse sur le bassin et des fléchisseurs des jambes. *Dans la phase tonique, il y a donc prédominance des muscles extenseurs de la nuque,*

*du dos, des membres supérieurs et inférieurs ; dans la phase clonique, il y a plutôt prédominance des muscles fléchisseurs.*

B. *Chez l'animal* (et dans le cas particulier l'animal de choix est le lapin), le coma hypoglycémique provoque d'abord quelques prodromes (fatigue, position ventrale, respiration accélérée, exophthalmus, maladresse), puis des crises convulsives soudaines : l'animal couché sur le flanc, effectue des mouvements de course rapides et coordonnés, il a des spasmes, des attitudes anormales : opisthotonos et emprosthotonos. Souvent il paraît saisi par un spasme de torsion, il roule sur lui-même dans l'axe longitudinal ou se renverse alternativement sur le flanc gauche et le flanc droit. On voit apparaître des secousses musculaires isolées qui affectent successivement les membres antérieurs et postérieurs ou restent localisées dans certains groupes musculaires, par exemple de la face.

L'injection d'analeptiques à dose convulsivante provoque l'apparition immédiate de crises cloniques violentes. Les mouvements sont plus rapides que dans la crise insulinique, coordonnés, du type galop. Souvent la crise est précédée par une période brève d'hyperexcitabilité tendineuse, avec trémulations fibrillaires, exaltation des réflexes cutanés, exophthalmus, opisthotonos. Tantôt les crises se succèdent sans interruption, tantôt elles sont séparées par des intervalles au cours desquels l'animal reprend plus ou moins connaissance ; souvent, les muscles sont parcourus par de rapides secousses musculaires isolées.

La mort a généralement lieu au cours d'un spasme tonique en hyperextension.

---

# Considérations sur le mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol dans la schizophrénie

par H. Bersot (de Landeron, p. Neuchâtel, Suisse)

---

Depuis les importants travaux de Sakel, « Die Insulinshokbehandlung der Schizophrenie », et de v. Meduna (« Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie »), des essais thérapeutiques, entrepris à l'aide de l'insuline et du cardiazol, ont été faits dans les pays de l'Europe centrale d'abord, puis dans de nombreuses cliniques psychiatriques, tant européennes qu'américaines. Toutes ces recherches ont montré qu'aussi bien l'insuline que l'analeptique « cardiazol », le plus couramment employé, exerçaient une influence heureuse sur l'évolution de la schizophrénie. Les améliorations et les rémissions complètes atteignent, chez les malades dont la maladie ne dure pas depuis plus d'un an et demi, la proportion remarquable de 80 %.

Sakel et Meduna ont poursuivi leurs recherches indépendemment. Les résultats si favorables obtenus de part et d'autre ont été publiés la même année. On est en droit de se demander si ces agents médicamenteux agissent par un même mécanisme sur le processus dit schizophrénique ou par des moyens différents.

Comment expliquer l'action de l'insuline, d'une part, et l'action de l'analeptique, d'autre part ?

*L'insuline* exerce une action principale sur le métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone : elle provoque le départ du sucre sanguin et sa fixation dans le foie, ainsi que la combustion de déchets du métabolisme. La cure d'insuline influence fortement le système nerveux. Elle provoque parfois la libération d'automatismes particuliers que nous avons étudiés et décrits à plusieurs reprises : crampes toni-

ques et cloniques plus ou moins localisées, grimaces, exagération des réflexes, nystagmus, signe de Babinski, agitation plus ou moins généralisée, et plus ou moins prononcée, mouvements de torsion, opistho et emprosthotonos, etc...

Quant au *cardiazol*, il provoque l'apparition d'une symptomatologie différente. Cette symptomatologie est dominée par un syndrome excito-moteur total violent, état de convulsion, qui étouffe peut-être une symptomatologie plus variée et discrète, que le ralenti cinématographique permet de saisir partiellement (contractures, attitudes anormales, mouvements athétosiques, clonies, secousses musculaires, attitudes en flexion et en hyperextension, mouvements cloniques, toniques, Babinski, etc...). Cette symptomatologie touffue survient aussi dans les cas limites, avec intoxication légère, ou à la fin de l'intoxication grave. On voit apparaître des automatismes, des mouvements de torsion, de l'emprosthotonos, le signe de Babinski, une forte salivation, des grimaces, des secousses cloniques, etc... Cette symptomatologie de la crise convulsive provoquée par le cardiazol, observée au ralenti cinématographique, présente, dans les cas limites du moins, une analogie frappante avec la symptomatologie observée dans l'agitation insulinique.

L'analogie de l'action de l'insuline et du cardiazol est aussi décelée par le fait qu'un malade qui est en état d'hypoglycémie insulinique devient plus sensible à l'action convulsivante du cardiazol. Il suffit alors d'une dose de cardiazol parfois la moitié moindre qu'habituellement, pour provoquer une réaction convulsive. En somme, il se produit vraisemblablement une sommation des excitations dues à l'insuline et au cardiazol ou une sensibilisation du terrain par l'insuline qui rendrait le malade plus sensible à l'action convulsivante de l'analeptique.

Du moment qu'il y a analogie symptomatologique, ne sommes-nous pas en droit de rechercher, pour rendre compte d'une action thérapeutique commune, un mécanisme biochimique commun ? Pour expliquer ce mécanisme, nous aurons recours à quelques faits biologiques particulièrement significatifs :

1° Au cours du coma insulinique, et dans les tissus en survie traités *in vitro* par l'insuline, on constate l'apparition de certaines substances convulsivantes (1) qui, injectées à des

---

(1) Méthylglyoxal, acide pyruvique.

animaux, reproduisent la symptomatologie du choc insulinique (convulsions), sans provoquer toutefois d'hypoglycémie (Vogt-Möller).

2° On trouve dans certains états convulsivants expérimentaux qui, par leur symptomatologie rappellent le choc insulinique, les mêmes substances convulsivantes énumérées ci-dessus. C'est le cas, par exemple dans l'avitaminose $B_1$, caractérisée par des convulsions chez le rat (Vogt-Möller). Le glucose est sans effet curatif, par contre, la vitamine $B_1$ provoque la disparition de ces substances convulsivantes en même temps que la guérison de l'animal. Le méthylglyoxal apparaît également dans le lait de femmes atteintes de béribéri, dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien d'enfants qui souffrent de toxicoses convulsivantes (Geiger-Rosenberg). L'avitaminose $B_1$ augmente, dans une forte proportion, la sensibilité à l'insuline.

Nous avons fait remarquer que l'insuline agissait principalement sur le métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone. Les substances convulsivantes énumérées font précisément partie de la série des substances dégradées incomplètement lorsque le métabolisme des hydrates de carbone est perverti. Aussi sommes-nous conduits à admettre que *le principe excito-moteur qui produit les convulsions pendant l'hypoglycémie ne réside pas uniquement dans l'absence de glucose, mais dans la présence des substances toxiques dans le sang et la cellule nerveuse.*

Si nous appliquons les notions que nous avons envisagées à la thérapeutique par le cardiazol, nous sommes en droit de penser que *l'excitation intense de la cellule cérébrale provoque peut-être la formation, dans le protoplasma de la cellule nerveuse, de substances analogues à celles que nous rendons responsables des convulsions insuliniques.* Ce n'est là, bien entendu, qu'une hypothèse tirée de l'analogie des symptômes, mais hypothèse qui peut nous expliquer la similitude dans les conséquences cliniques.

Le choc insulinique est causé par un trouble profond du métabolisme, qui retentit sur l'encéphale, en provoquant une excitation motrice plus ou moins forte, puis le coma. Lorsqu'elle survient, cette excitation motrice doit être considérée comme l'expression d'une excitation locale des zones motrices corticales ou sous-corticales. Elle fait apparemment partie du cortège des symptômes accessoires, même indésirables, qui ne

jouent aucun rôle prépondérant dans la thérapeutique de la schizophrénie. Dans cette thérapeutique, c'est le *bouleversement chimique métabolique général* qui est le facteur efficient. Apparemment, l'effet de l'insuline retentit aussi sur toutes les glandes endocrines et sur le système autonome. On note en effet l'apparition de nombreux symptômes sympathiques et parasympathiques (salivation, sueur, hypersécrétion gastrique, exolphtalmos, etc...). Ces modifications profondes ne sont peut-être pas indifférentes pour provoquer la guérison. Elles influencent fortement le tonus général de l'organisme et réveillent les mécanismes compensateurs auxquels les physiologistes vouent une attention soutenue. Après application d'insuline, par exemple, on observe une exagération de la sécrétion d'adrénaline et une frénation de l'activité du pancréas. Après l'injection d'extraits du lobe antérieur de l'hypophyse (qui mobilise l'iode thyroïdien), on voit apparaître, dans les humeurs, une antihormone, titrable, qui, injectée à l'animal neuf, le rend insensible à l'injection d'extraits hypophysaires. Lentement, nous nous rendons compte que les effets des médications sont souvent beaucoup plus prolongés que nous le croyons.

En résumé, nous pensons que *la thérapeutique par l'insuline et la thérapeutique par le cardiazol exercent leurs effets par un mécanisme peut-être commun, biochimique, que des investigations en cours permettront vraisemblablement d'attribuer aux modifications subies par le métabolisme intermédiaire des hydrates de carbone.*

## LITTERATURE

1. M. Sakel. — *Die Insulinshokbehandlung der Schizophrenie.* Halle, 1935.
2. C. von Meduna. — *Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie.* Marburg, 1935.
3. Vogt-Möller. — *Is avitaminos B1 an intoxication by methylglyoxal.* Biochem. Journ., 1931, 25, 418.
4. Labbé, Nepveux, Gringoire. — *Rôle des vitamines B dans le métabolisme hydrocarboné.* Presse médic., 1933, 47, 878.
5. Peters, Rylin, Thomson. — *Brain respiration.* Bioch. J., 1935, 29, 53.
6. Geiger Rosenberg. — *Methylglyoxal im Harne-u. cerebrospinalflüssigkeit bei Ernährungsstörungen.* Klin. therap. Wschr., 1933, 32, 1258.
7. Silberschmidt. — *Vitamin B und seine Bedeutung für die Physiologie u. Pathologie des Stoffwechsels.* Schw. med. Wschr., 1936, 41, 977.

8. Kermak, Lambie, Slater. — *Studies on carbohydrate metabolism.* Bioch. J., 1927, 21, 40.
9. Demole. — *Démence précoce, hypoglycémie, insuline, vitamine B1.*
Demole et Bersot. — *Choc insulinique et choc analeptique chez le lapin.*
de Morsier et Bersot. — *Les troubles cérébraux dans l'hyperinsulinémie provoquée.*
Société suisse de psychiatrie. Archives suisses de Neurol. et de Psychiatrie, 1937.
10. Bersot. — *Les troubles neurologiques du choc insulinique.* Annales Médico-psychologiques, nov. 1936.

M. le Professeur Donaggio (de Bologne). — A propos de la remarquable communication du Dr Bersot, je désire faire observer qu'à la connaissance du mécanisme de l'action curative du choc insulinique et du Cardiazol peut contribuer le résultat des recherches expérimentales et histologiques faites dans ma clinique de Bologne, par mon aide de clinique M. Jedlowski en provoquant le choc insulinique, et par M. Zerbini en provoquant des accès épileptiques avec le Cardiazol. Ils ont démontré que ces conditions (et particulièrement le choc insulinique) déterminent une modification histo-chimique surtout des fibres nerveuses du cerveau. Cette modification n'aurait été décelable sans l'usage de ma méthode pour la révélation de la phase initiale de la dégénérescence des fibres nerveuses. Cette modification histo-chimique des systèmes de conduction est évidente.

On pourrait émettre l'hypothèse que ces modifications agissent dans le sens d'une espèce de désorientation de certaines situations morbides psychiques.

# L'organisation de la Section d'hygiène mentale de l'Office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle

par

M. le Professeur Jacques Parisot,

*Président de l'Office d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle*

et M. P. Meignant,

*Directeur Technique de la Section d'Hygiène mentale de l'Office*

---

Devant des neurologistes et des psychiatres assemblés à Nancy, il nous a semblé intéressant d'exposer comment a été conçue, dans le cadre départemental, en Meurthe-et-Moselle, l'organisation du dépistage et du triage des enfants anormaux, selon quelles directives a été ouvert un Dispensaire d'Hygiène mentale qui, s'il s'adonne plus spécialement à l'étude des questions complexes et difficiles que pose l'assistance aux enfants atteints d'arriération mentale ou de troubles du caractère, ne s'interdit pas par ailleurs d'envisager dès maintenant (et se promet d'envisager de plus près dans l'avenir) toutes les questions d'Hygiène mentale dans leur aspect extra-asilaire et social.

## I. Rattachement du Dispensaire d'Hygiène mentale à l'Office départemental d'Hygiène sociale

Trois conditions de faits ont dominé dès le début (il y a maintenant quatre ans) toute l'orientation de nos efforts :

*a*) nécessité de rattacher aux organisations déjà existantes la nouvelle organisation projetée pour venir en aide aux enfants psychiquement déficients ;

*b*) existence, dans le département de Meurthe-et-Moselle, d'un *Office départemental d'Hygiène sociale,* groupant pratiquement, soit sous son autorité directe, soit par ses liaisons avec l'Office Central des Œuvres d'Entr'aide sociale, toutes les organisations s'occupant, dans le département, d'hygiène sociale, de prévention et de prophylaxie ;

*c*) désir formellement exprimé par l'Autorité préfectorale, d'accord avec le Conseil général, et d'ailleurs tout à fait légitime, de voir toute organisation d'hygiène ou de médecine sociale nouvelle s'intégrer dans le cadre de l'Office départemental d'Hygiène Sociale.

Ceci étant, les bases et les principes de notre activité étaient posés. La mise en train des premières réalisations a été facilitée par la compréhension agissante et l'appui éclairé de certaines personnalités, notamment au Conseil général, et ceux, précieux, de M. le Préfet Roblot, actuellement Ministre d'Etat à Monaco.

En dehors de ses services centraux [*Service Social Central,* avec son fichier ; section de *propagande ;* liaisons directes et systématiques avec l'Office central des Œuvres d'Entr'aide Sociale, avec les Assurances Sociales (Comité de Collaboration) et maintenant avec l'ensemble des œuvres d'assistance et de bienfaisance par l'intermédiaire du Comité départemental de Coordination], l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle comprend un certain nombre de *sections* spécialisées: protection maternelle, protection de l'enfance, lutte antituberculeuse, lutte antivénérienne, lutte anticancéreuse, à quoi s'ajoutent encore une section d'Hygiène Universitaire (protection de la santé des étudiants et soins aux étudiants malades), une section d'Hygiène Dentaire et, depuis peu, une section de jardins ouvriers. Chaque section est placée sous la direction d'un « directeur technique » (le Professeur de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées, M. le Doyen Spillmann, pour la section « lutte antivénérienne »; le Professeur de Clinique Médicale Infantile, Dr Caussade, pour la section « protection de l'Enfance », etc...); chaque section a son centre dans un *Dispensaire central,* annexé en fait, tout au moins dans la mesure du possible, au service spécialisé correspondant et se confondant en pratique, sinon en droit, avec la consultation externe de ce service ; dans ce dispensaire central sont données les consultations de triage, groupées les fiches et les archives, étudiées les questions spéciales inté-

ressant la section ; le personnel est composé d'infirmières-visiteuses formées à l'Ecole d'Infirmières ouverte il y a quelques années par la Commission des Hospices de Nancy, en collaboration avec l'Office d'Hygiène Sociale.

Notre organisation en faveur des enfants anormaux a été placée dans ce cadre. Une nouvelle section de l'Office a été créée sous le nom de « *Section d'Hygiène Mentale* » ; ce terme, qui n'a été adopté qu'après réflexion, a le mérite de réserver l'avenir, car il a été bien entendu, dès le début, que, si l'activité de la nouvelle section devait avant tout se tourner vers le problème de l'enfance mentalement déficiente, tout ce qui concerne l'assistance aux malades adultes aliénés ou psychopathes, tout ce qui concerne l'Hygiène Mentale en général, ne pourrait lui rester étranger et devrait être étudié dans la suite, au fur et à mesure des possibilités. Cette section, autonome comme les autres sections de l'Office, sous le contrôle du Conseil d'Administration, a son Dispensaire propre, son personnel propre, son budget propre. Comme les autres sections, elle se met à la disposition de toutes les organisations dont l'ensemble constitue l'Office départemental d'Hygiène Sociale, et, inversement, elle profite de l'expérience et de l'activité de ces sections, dans une étroite et confiante collaboration.

Bien plus, en dehors des dispensaires centraux, véritables quartiers généraux et consultations spécialisées de chaque section, l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle a ouvert dans les différents quartiers de Nancy et dans les principales agglomérations du département, des *dispensaires polyvalents ;* le département est divisé en *secteurs* (au nombre actuellement d'environ trente-cinq) ; chaque secteur est rattaché à un dispensaire polyvalent ; à chacun sont affectées à demeure une ou plusieurs « *infirmières de secteur* » qui se trouvent ainsi avoir bien en main la population; à jours fixes, dans ces dispensaires de secteur, ont lieu des consultations spécialisées (tuberculose, protection de l'enfance...) ; d'emblée, en ce qui concerne l'Hygiène Mentale (enfance anormale), chaque infirmière de secteur pouvait devenir, et est devenue en fait, un agent de dépistage et a pu diriger les enfants suspects sur le Dispensaire Central spécialisé. Bien plus, dans les dispensaires polyvalents répartis à travers le département, des consultations de triage pour enfants anormaux pouvaient facilement être organisées.

## II. Organisation pratique des consultations de triage et de dépistage des enfants anormaux

*a*) Personnel. — Le personnel appartenant en propre à la Section d'Hygiène Mentale de l'Office départemental d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle, se compose, à l'heure actuelle, d'un médecin et de deux infirmières-assistantes sociales spécialisées.

Pour le *médecin,* il n'a pas été établi de statut spécial. Le poste est actuellement tenu par un médecin du cadre des médecins des Hôpitaux Psychiatriques « détaché » à la disposition du Préfet de Meurthe-et-Moselle ; à vrai dire, ce médecin a d'abord pour mission d'assurer, pour tout ce qui concerne la neuro-psychiatrie, le service médical d'un établissement situé aux portes de Nancy et qui est, pour partie, un institut médico-psychologique et un centre d'hospitalisation pour arriérés. Mais il a été estimé que ce médecin devait ou pouvait être mis à même de poursuivre, en dehors de cet établissement et dans le cadre de l'Office d'Hygiène Sociale, la mission générale de dépistage, de triage, d'orientation des enfants anormaux. Nous devons d'ailleurs faire remarquer qu'il n'y a pas, à la Faculté de Médecine de Nancy, de chaire de neuro-psychiatrie ou de Clinique des Maladies nerveuses ou mentales ; si une telle chaire existait, son titulaire serait tout naturellement devenu le « directeur technique de la Section d'Hygiène Mentale de l'Office d'Hygiène Sociale », comme le professeur de Clinique Infantile, par exemple, est tout naturellement le « directeur technique de la Section Protection de l'Enfance » du même Office.

A la section d'Hygiène Mentale a été affectée, dès le début, une *infirmière spécialisée.* Le règlement de l'Office, les traditions locales, tout un ensemble de considérations sur lesquelles il n'est pas besoin d'insister, commandaient que cette infirmière soit choisie parmi les anciennes élèves de l'Ecole d'Infirmières de Nancy. Cette école forme notamment des infirmières-visiteuses, qui sortent de l'Ecole avec un bagage important, mais naturellement ne peuvent y recevoir toutes les notions utiles sur l'Hygiène mentale en général, les questions intéressant l'enfance anormale en particulier. La première infirmière désignée pour notre service a donc été, dès sa sortie de l'Ecole, après avoir été intégrée dans le cadre des

infirmières-visiteuses de l'Office et après avoir signé le contrat habituel, envoyée à Paris pour se familiariser avec les questions dont elle aurait, par la suite, spécialement à connaître. Une fois de plus, qu'il nous soit permis de remercier publiquement les œuvres et personnalités qui ont bien voulu l'accueillir, la guider, lui faciliter la tâche (Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence, services dirigés par les docteurs Heuyer, Simon, Roubinovitch, Comité National de l'Enfance déficiente, etc...). Après un stage d'une année scolaire dans les différents services parisiens, elle nous est revenue capable de manier les tests, exercée à faire des enquêtes pour les Tribunaux, etc..., bref, susceptible de rendre immédiatement tous les services qu'on pouvait attendre d'elle. A son tour, elle s'est montrée capable de former, du point de vue technique, une seconde, puis une troisième infirmières assistantes psychologiques.

*b*) Organisation des consultations. — I. Le *Dispensaire central de la Section d'Hygiène mentale de l'Office d'Hygiène Sociale de Meurthe-et-Moselle* ne pouvait, comme les autres dispensaires centraux, être annexé au service clinique correspondant ; les Hôpitaux de Nancy ne possèdent pas de service spécial de neurologie ou de psychiatrie.

Dans ces conditions, le Dispensaire a été installé dans un bâtiment dépendant de l'Hôpital civil central (bien qu'ayant une entrée spéciale), au premier étage, le rez-de-chaussée étant occupé par la consultation externe de la Clinique Infantile. Cet arrangement s'est montré particulièrement heureux ; les liaisons avec le Dispensaire Central de la protection de l'Enfance se font mieux ; la proximité des services de l'Hôpital permet au dispensaire de demander facilement et d'obtenir dans le minimum de temps les examens spécialisés (médecine, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc...) ; le public vient facilement, sans prévention.

Nous faisons à Nancy, actuellement, une consultation par semaine, le jeudi matin ; mais une permanence est établie au Dispensaire.

II. En dehors des consultations du Dispensaire Central de Nancy, profitant des facilités offertes par l'organisation polyvalente des Dispensaires de l'Office d'Hygiène sociale répartis dans le département, des *consultations* ont été dès le début organisées *dans certains centres hors Nancy*. Pour ces consul-

tations, l'infirmière du secteur intéressé (infirmière « polyvalente ») prépare le terrain ; au jour dit, médecin spécialisé et infirmière-assistante psychologique se déplacent pour une demi-journée ou une journée. Nous fonctionnons ainsi : deux fois par mois à Briey, deux fois par mois à Lunéville, une fois par mois à Baccarat, ceci systématiquement ; et, en outre, de temps à autre, selon les besoins, une consultation ou une série de consultations est faite dans tel ou tel centre secondaire (Longwy, Joeuf, Conflans, Piennes, Dombasle...). Couvrir le département d'un réseau de consultations spécialisées serait relativement aisé, mais nous devons compter avec ce fait que, pour l'instant tout au moins, ces consultations ne peuvent véritablement « rendre » que dans des centres assez importants.

## III. Liaisons

D'emblée, nous étions en liaison étroite *avec les différents dispensaires* spécialisés, notamment avec ceux qui s'occupent de la *Protection de l'Enfance*, et avec l'ensemble des Œuvres sociales locales groupées autour de l'*Office départemental d'Hygiène* et de l'*Office Central des Œuvres d'Entr'aide sociale*. Les liaisons les plus utiles devraient être établies avec les médecins praticiens, avec les écoles, avec la Justice.

*a*) En ce qui concerne les *médecins praticiens*, nous n'avons eu aucune difficulté. L'Office d'Hygiène Sociale, dont la Section d'Hygiène mentale fait partie intégrante, entretient les meilleures relations avec le corps des médecins praticiens, dont il respecte scrupuleusement les prérogatives, et avec l'Association Syndicale des Médecins de Meurthe-et-Moselle, dont le président est, de droit, membre du Conseil d'Administration de l'Office. Les médecins praticiens nous envoient des enfants; les traitements sont établis dans une collaboration confiante. Nous tenons avant tout à demeurer dans notre rôle de dépisteurs et d'orienteurs, à faire œuvre sociale, et nous laissons au médecin praticien son rôle thérapeutique. Cette discipline évite les heurts. A défaut de rapports personnels, rendus difficiles dans tous les cas pour des raisons matérielles, un sytème de *fiches de liaison*, d'ailleurs dans son principe commun à toutes les sections de l'Office, assure le contact nécessaire.

2) En ce qui concerne les *autorités scolaires,* d'emblée nous avons cru à l'utilité d'un dépistage et d'un triage des anormaux, simples arriérés intellectuels ou non, dans les écoles ; mais nous avons pensé que ce travail de triage serait purement platonique, s'il ne pouvait aboutir à sa conclusion logique : le placement de certains enfants hors des écoles communales, et surtout la création, au moins dans les grands centres, et dans certains groupes scolaires, de classes de perfectionnement ou d'entraînement. Or cette création se heurtait, *a priori,* à des difficultés financières considérables. *A Nancy,* nous avons rapidement pu assurer la liaison *avec l'Inspection médicale scolaire,* d'ailleurs solidement organisée et, grâce à l'augmentation de notre personnel, nous avons pu entreprendre la prospection systématique dans les écoles de l'agglomération nancéienne. Cette prospection, qui est encore en cours, est destinée à fournir aux autorités municipales et scolaires des chiffres et des statistiques précis ; on nous laisse l'espoir que les mesures pratiques, les réalisations (classes de perfectionnement) pourront ensuite être pour le moins amorcées, sans trop de retard.

*Hors Nancy,* l'Inspection médicale scolaire n'existait pour ainsi dire pas, jusqu'à ces derniers temps, en Meurthe-et-Moselle. Elle est en voie d'organisation. Nous nous intégrerons facilement dans le plan d'ensemble, en tant qu'organisme spécialisé, et, si les projets étudiés aboutissent, un grand champ d'activité s'ouvrira tout naturellement devant nous.

3) *Avec la Justice,* la liaison a été rapidement et plus complètement établie, grâce à la reviviscence d'un *Patronage de l'Enfance coupable et en danger moral,* tombé depuis de longues années en sommeil. Actuellement, à Nancy même, toute affaire d'enfant coupable, en dehors de l'instruction habituelle, est maintenant soumise au « Juge délégué à la Protection de l'Enfance » ; celui-ci provoque une *enquête sociale,* qu'il confie souvent à nos infirmières, et demande un *examen médico-psychologique* à la Section d'Hygiène Mentale de l'Office départemental d'Hygiène. Nous regrettons que l'examen médico-psychologique ne soit pas encore demandé dans tous les cas ; mais nous constatons avec plaisir que cet examen devient de plus en plus la règle.

4) Il est inutile d'ajouter que, au hasard des circonstances, les liaisons entre nos centres de triage et d'autres organisations

ou diverses administrations se sont établies [*Assistance publique, Office des Pupilles de la Nation, Centre de Malariathérapie, Centre d'Hospitalisation des enfants anormaux* (Hôpital Jean-Baptiste Thiéry), etc.].

⁂

Notre but n'est pas ici de donner les résultats de notre activité. Disons seulement, pour donner un aperçu de celle-ci, que nous avons donné en 1936, 102 séances de consultations ; que nous avons reçu 746 consultants, dont 435 consultants nouveaux ; que nous avons depuis le début examiné, contrôlé ou orienté plus de 1.200 enfants présentant des anomalies de tous types. Et répétons que, désireux, par prudence et par nécessité, de sérier les questions, nous nous sommes surtout, jusqu'ici, attachés à attirer dans nos consultations une clientèle infantile. Nous avons cependant examiné et dirigé, depuis un an, une centaine d'adultes (aliénés, psychopathes, épileptiques, etc...) et cette branche de notre activité ne peut que s'étendre progressivement.

---

# L'assistance médicale aux aliénés en Tunisie

par MM. Mareschal et Lamarche (de Tunis)

L'assistance médicale aux psychopathes en Tunisie est d'apparition récente.

Nous ne parlerons, que pour mémoire, des aliénés musulmans chroniques, incurables, parqués dans les locaux de l'Hôpital Sadiki, dans des conditions d'hygiène ignominieuses, nus, en cage, et même enchaînés. Les descriptions que nous en donnaient en 1881 le professeur Variot, puis, quelques années après, Guy de Maupassant, soulèvent l'indignation. Cette situation se prolongea jusqu'en 1904 où le médecin-chef de l'Hôpital Sadiki ouvrit purement et simplement les portes des cachots laissant les aliénés errer dans les rues de Tunis.

Depuis longtemps les Israélites avaient recours, pour soigner leurs aliénés, à un système de placement familial qui dura jusqu'en 1925. Les conditions d'hygiène de ces malades placés dans des familles sont telles qu'en 1909, un jeune médecin, depuis chirurgien-chef de l'Hôpital Civil Français de Tunis, M. le Docteur Bouquet, qualifie de « bouges nauséabonds » les locaux où sont enfermés ces malades. C'est alors que s'ouvrit, vers 1904, à l'Hôpital Civil Français, un petit pavillon mixte, pouvant contenir 12 malades, où furent internés des déments incurables israélites.

Les Européens aliénés étaient immédiatement embarqués pour la métropole, à la suite d'une convention que le gouvernement tunisien avait passé avec les asiles de France en 1889.

## Le pavillon des nerveux de l'Hôpital Civil Français

En 1907, M. le Docteur Porot fut nommé médecin-chef du service des aliénés de l'Hôpital Civil Français. Avec un acharnement inlassable, et que notre connaissance des choses de

Tunisie permet d'apprécier pleinement, M. le Docteur Porot contraignit les pouvoirs publics à inscrire au budget de 1909 un crédit pour la construction d'un pavillon nouveau de nerveux à l'intérieur de l'Hôpital Civil Français de Tunis. Ce pavillon s'ouvrit en 1911.

Il était organisé pour recevoir vingt-cinq malades, soit dix à la section des hommes, dix à la section des femmes, quatre grands agités, plus une chambre de malade, indépendante.

Ce pavillon fonctionna comme service fermé jusqu'en 1931. Les citoyens français attendaient là leur transfert vers la Métropole. Il ne recevait que des malades européens. Ce fut là que, pour la première fois en Tunisie, des soins médicaux furent donnés à des aliénés et qu'on fit réellement de la Psychiatrie.

De 1924 à 1931, le service médical fut assuré par un médecin du cadre des Asiles, M. le Docteur Perrussel, qui était en même temps médecin-directeur de l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba, hôpital créé par décret beylical du 20 mai 1924, mais qui n'ouvrit ses portes qu'en 1932.

En 1927, la première pierre de l'Hôpital de la Manouba fut posée, le pavillon des nerveux fut alors rattaché par décret à l'Hôpital de la Manouba.

Le pavillon des nerveux ferme ses portes de 1931 à 1934 pour y subir des réparations et des aménagements intérieurs destinés à lui permettre de recevoir 40 malades (20 lits pour les hommes et 20 lits pour les femmes).

A sa réouverture, en 1934, le pavillon des nerveux fut détaché de l'Hôpital de la Manouba et des médecins non spécialistes assurèrent son fonctionnement en attendant la désignation par concours d'un chef de service. M. le Docteur Plancke, puis M. le Docteur Gérard, médecin des Hôpitaux de Tunis assurèrent l'intérim jusqu'en 1936, date à laquelle M. le Docteur Lamarche fut nommé médecin-chef de ce pavillon. Dès 1934, le pavillon des nerveux fonctionne suivant une formule nouvelle non plus comme service fermé, mais comme service ouvert, pavillon d'observation et triage.

On y reçoit tous les malades sans distinction de confession, de nationalité ou d'origine, dont la mise en observation a été jugée nécessaire, soit par les autorités administratives, soit par les médecins ou les familles.

Les malades sont ensuite, soit libérés, soit envoyés sur des services de médecine générale, soit dirigés sur l'Hôpital de la Manouba.

Une consultation externe permet de suivre ces malades après leur sortie du pavillon et de dépister des psychopathes qui viennent consulter spontanément. En un mot le pavillon des nerveux de l'Hôpital Civil Français fonctionne vis-à-vis de l'Hôpital de la Manouba, comme l'Hôpital Henri-Rousselle à Paris vis-à-vis de Ste-Anne.

*En 1936,* il y a eu au pavillon des nerveux :

— 276 admissions ;
— 156 sorties en liberté ;
— 58 internements à l'Hôpital de la Manouba.

*En 1937,* du 1er janvier à la fin juin, il y a eu :

— 121 admissions ;
— 81 sorties ;
— 19 internements à l'Hôpital de la Manouba.

On voit par là que ce service a permis d'éviter de nombreux internements et l'encombrement consécutif de l'Hôpital de la Manouba, dont les locaux, comme nous le verrons tout à l'heure, sont encore insuffisants.

Cependant, malgré tous les services qu'il rend, le pavillon des nerveux possède quelques imperfections.

Tout d'abord, il n'y existe que 4 cellules d'isolement (contre 41 actuellement en service à l'Hôpital de la Manouba). Par ailleurs, 40 places sont insuffisantes, si l'on veut faire de ce pavillon un service libre et de traitement.

Formule bâtarde tenant le milieu entre le pavillon de triage (type Infirmerie spéciale du Dépôt à Paris) et le service libre (type Henri-Rousselle à Paris), le pavillon des nerveux devait, ou se restreindre à ce premier rôle ou s'agrandir pour être à même de remplir le second rôle.

Cette question est actuellement à l'étude. Quoi qu'il en soit depuis le mois d'août 1936, le Dr Lamarche a ouvert au pavillon des nerveux une consultation internationale de Neuro-Psychiatrie et en septembre 1936 une consultation de Neuro-Psychiatrie infantile.

La consultation d'adultes fonctionne 2 fois par semaine.

Peu nombreux au début les consultants se sont faits plus réguliers, comme le prouvent les chiffres suivants :

*D'août 1936 à janvier 1937 :*

— 140 consultants adultes ;
— 30 consultants enfants.

*De janvier 1937 à juin 1937 :*

— 310 consultants adultes ;
— 40 consultants enfants.

Les consultations de Neuro-Psychiatrie infantile se heurtent à une difficulté capitale, c'est l'absence en Tunisie d'un établissement s'occupant d'enfants déficients. Il est question d'ouvrir à l'Hôpital de la Manouba un pavillon pour les arriérés irrécupérables, mais ce n'est encore qu'un projet.

Cependant un comité de l'enfance déficiente pourrait facilement être créé en Tunisie. Déjà la direction de l'Enseignement a demandé aux instituteurs d'envoyer les enfants qu'ils jugent anormaux à la consultation du pavillon des nerveux. Les magistrats songent à créer une œuvre pour les délinquants mineurs. Enfin de nombreuses personnalités religieuses et administratives se sont déclarées prêtes à soutenir ce mouvement.

Malheureusement la situation économique actuelle de la Tunisie rend difficile l'attribution de crédits nécessaires à la création et à l'entretien de cette œuvre.

La réalisation la plus aisée sera, nous le souhaitons, la création d'un service social s'occupant de suivre et de dépister les aliénés.

Nous tentons d'obtenir d'abord la création de ce service pour le contrôle civil de Tunis. Ensuite nous tenterons d'obtenir la présence dans les dispensaire polyvalents de l'intérieurs, d'infirmiers ou infirmières spécialisés capables de faire des enquêtes, des visites aux aliénés et de dépister les psychopathes.

## L'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba

A la suite du Congrès de 1912, et sous l'énergique impulsion de M. le Docteur Porot, la création d'un grand asile d'aliénés fut envisagée par le Gouvernement tunisien. Des commissions d'études furent même constituées, mais la guerre

1914-1918 arrêta tous les projets. Après la guerre, M. le Docteur Dagonet, médecin-chef de l'asile clinique de Ste-Anne, et qui résidait en Tunisie, reprit le projet et, en 1922, le grand Conseil, parlement du Protectorat, vota une première somme de 1.200.000 francs pour la création d'un hôpital psychiatrique. Onze hectares de terrain furent achetés au village de La Manouba à 8 km. de Tunis, et M. le Docteur Sérieux, chef de l'asile Ste-Anne fut désigné officiellement par le Gouvernement tunisien pour établir un projet, le projet primitif devant comporter la construction d'un hôpital asile international de 440 lits. Un décret beylical, en date du 20 mai 1924, créait l'Hôpital pour les maladies mentales de la Manouba. Après une série d'avatars, dont l'histoire serait fastidieuse, un plan bâtard fut adopté prévoyant la création de trois pavillons de 60 lits chacun, soit 180 lits au lieu de 440 demandés. Ce ne fut que trois ans après la création de l'Hôpital que la première pierre fut posée en septembre 1927 et il fallut encore attendre cinq ans avant que le pavillon ne fût ouvert aux malades. Il a donc fallu huit ans pour que fût construit un peu moins de la moitié de l'hôpital prévu par le Docteur Sérieux.

Depuis 1935 deux nouveaux pavillons ont été construits :

Tout d'abord un quartier cellulaire annexé au pavillon Sérieux et contenant 18 chambres d'isolement, spacieuses, aérées, aux angles arrondis et munies des mêmes perfectionnements que les précédentes avec quelques améliorations de détail. Un service spécial de 6 chambres, complètement isolé du reste du pavillon, et entièrement grillagé, est réservé à la malariathérapie et au traitement des psychopathes par le typhus murin que nous avons entrepris sous le contrôle et avec la collaboration de l'Institut Pasteur de Tunis.

Mais, de beaucoup, le plus beau pavillon de l'hôpital est le pavillon Pérrussel qui ouvrira en octobre.

Conçu par l'architecte qui construisit les autres pavillons de l'Hôpital, mais avec la collaboration étroite de M. le Docteur Pérrussel, ce pavillon apparaît comme un modèle de l'architecture asilaire adapté au climat colonial.

C'est un bâtiment long de quarante-cinq mètres, composé d'un bâtiment central et de deux ailes. Le bâtiment central a vingt-cinq mètres de long comprenant les services généraux et administratifs (parloir, bureau du médecin, lingerie, salle

d'examen, vestiaire, office, etc...) enserrant une grande cour-jardin centrale, bordée d'un préau circulaire. Les malades sont placés dans deux ailes latérales ayant chacune quarante mètres de long sur quinze mètres de large et qui comprennent chacune :

— 1 dortoir de 11×5,50 pour 15 malades ;
— 1 dortoir de 11×4 pour 12 malades ;
— 8 chambres d'isolement ;
— 1 grande salle de bain avec installation hydrothérapique moderne ;
— 1 salle de jour de 12,10×6 ;
— Chauffage central moderne au mazout, installation d'eau chaude et froide, électricité, etc...

Le même système de menuiserie métallique avec fenêtres Hytzig que dans les autres pavillons, mais avec stores métalliques (les stores en bois s'étant révélés peu pratiques à l'usage). De très vastes sous-sols bétonnés ont été prévus pour abriter les malades en temps de guerre.

Ainsi conçu ce pavillon, qui ouvrira en octobre 1937, pourra recevoir au moins 70 malades dans des conditions de confort et d'hygiène qui ne sont dépassées par aucun établissement hospitalier de la Régence et vraisemblablement de la Métropole.

Deux autres pavillons, l'un de 25 lits, pour les femmes, l'autre de 50 pour les hommes, sont actuellement à l'étude et les plans architecturaux sont soumis à l'approbation du gouvernement. Ces pavillons, de conception beaucoup plus simple que le précédent, sont destinés aux gâteux.

Ils doivent être mis en chantier à la fin de l'année 1937 et entrer en activité à la fin 1938. Ils porteront le chiffre des lits disponibles à 355. Nous avons demandé à l'administration de nous construire une annexe cellulaire au pavillon des femmes (pavillon Dagonet) qui soit l'homologue de celui des hommes (pavillon Sérieux) et qui nous donnerait 18 chambres d'isolement. Nous n'avons, en effet, que 6 chambres d'isolement pour les femmes contre 35 pour les hommes. Si aucun obstacle matériel ni financier ne vient détruire les projets officiels il y aura dans deux ans à La Manouba trois cent soixante-treize lits disponibles et nous verrons alors s'achever le plan que M. le Docteur Sérieux avait prévu dès 1922.

## Fonctionnement de l'Hôpital

Depuis 1931, date à laquelle le pavillon des nerveux étant fermé, l'Hôpital de la Manouba fonctionna seul, on peut suivre le nombre progressif des admissions, des sorties et des guérisons, par la lecture du tableau suivant :

| | 1931 | 1932 | 1933 | 1934 | 1935 | 1936 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — | — | — |
| Entrées .............. | 19 | 100 | 83 | 47 | 100 | 179 |
| Sorties .............. | 16 | 26 | 61 | 34 | 70 | 110 |
| Guérisons ........... | 11 | 26 | 44 | 17 | 49 | 66 |

Depuis 1931, l'Hôpital a assisté 685 malades, à savoir :

— 143 Français (20 %) ;
— 401 Musulmans (59 %) ;
— 116 Israélites (17 %) ;
— 25 Etrangers (4 %).

Le 25 juin 1937 l'effectif de l'Hôpital était le suivant :

| | Lits occupés | Musulmans | Israélites | Français | Etrang. |
|---|---|---|---|---|---|
| | — | — | — | — | — |
| Dagonet (femmes) .... | 46 | 10 | 12 | 23 | 1 |
| Sérieux (hommes) ..... | 102 | 82 | 10 | 9 | 1 |
| Pinel (hommes) ....... | 64 | 38 | 13 | 10 | 3 |
| Soit ................ | 212 | 130 | 35 | 42 | 5 |

*Le prix de journée* a varié suivant les années, il est en fonction inverse du chiffre de la population.

*En 1936 :*

— le prix de la journée du malade était de : Fr..... 15,36
— le prix de la journée de nourriture était de : Fr... 3,95

*En 1935 :*

— le prix de la journée de malade était de : Fr..... 17,905
— le prix de la journée de nourriture était de : Fr... 3,300

*Le personnel* de l'Hôpital se décompose comme suit :

— Services généraux ............. 29 agents
— Services médicaux ............ 57 agents
} 86 agents

Le salaire minimum est de 15 francs par jour.

Différents avantages en nature sont accordés aux agents (logement, nourriture). La loi de 8 heures est actuellement appliquée. La loi de 40 heures est à l'étude.

Le *personnel médical* est presque exclusivement musulman.

Sur les 57 agents qui le composent, on compte :

41 hommes dont 1 seul Français ;
16 femmes dont 4 Françaises,
et 2 Israélites.

Tout le reste du personnel est musulman.

Les trois chefs de pavillon sont diplômés.

Le recrutement est facile et, dans l'ensemble, le personnel médical donne toute satisfaction (aucun renvoi, ni aucun départ depuis 1935).

*Le personnel des services généraux* comprend,

sur 29 agents :

21 Arabes ;
5 Français ;
2 Italiens ;
1 Russe,

Il est aussi stable et docile que le personnel médical.

*Le personnel administratif* comprend,

outre le médecin-directeur :

1 receveur-économe français ;
1 commis principal français ;
1 commis de direction français ;
1 sténo-dactylo française ;
2 aides-comptables musulmans ;
1 téléphoniste musulman.

Les *médecins* sont au nombre de 3 :

Le médecin-directeur du cadre des Asiles ;
Le médecin-assistant indigène qui n'a aucun titre asilaire ni hospitalier ;
L'interne qui est médecin-chef des Asiles.

Le *budget* de l'Hôpital est, pour 1937, de 1.347.700 francs ; en 1936, il était de 1.181.800 francs, soit une augmentation de 165.900 francs pour 1937 ;

cette augmentation étant due pour une grande partie à l'application de la loi de huit heures.

La *législation* qui régit actuellement les différents établissements d'aliénés de Tunisie est imprécise. La loi de 1838 n'a pas fait l'objet d'un arrrêté de ratification de S.A. le Bey

et la Commission de législation de la Résidence générale étudie actuellement les modifications à apporter à la loi de 1838, principalement en ce qui concerne l'daministration des biens des israélites et musulmans tunisiens.

## La Tekia

Vers 1908, les aliénés musulmans furent placés dans différents bâtiments disséminés dans la ville arabe, bâtiments réunis sous le terme générique de Tekia.

Dans un rapport sur cet établissement, M. le Dr Pérrussel le qualifiait de « chiourme barbare... » dont l'existence était « un défi aux sentiments d'humanité les plus élémentaires ».

Dix ans plus tard l'un de nous avait gardé, d'une visite à la Tekia, « une impression atroce et inoubliable », et il concluait en disant : « L'existence de la Tekia est un scandale pour l'assistance aux aliénés en Tunisie et la divulgation éventuelle de cet état de chose une menace pour l'honneur même de la Régence. » Malgré les efforts que nous avons faits pour vider cet établissement, il y reste encore actuellement une vingtaine de femmes et une quinzaine d'hommes.

Nous espérons que la construction rapide des pavillons de gâteux de l'Hôpital de la Manouba mettra fin définitivement à cette vision de cauchemar.

## Conclusions

La Tunisie, pour une population de 3.500.000 habitants, possède actuellement :

1 pavillon de triage et d'observation de 40 lits ;

1 hôpital psychiatrique moderne de 200 lits ;

1 consultation externe qui est annexée au pavillon de triage.

L'hôpital psychiatrique est actuellement en voie d'agrandissement et pourra, dans un avenir prochain, abriter près de quatre cents malades.

L'assistance aux aliénés en Tunisie bénéficierait grandement :

1° De la création d'un service social spécial pour les malades mentaux.

2° D'une législation précise s'inspirant de la loi de 1838.

3° De la disparition définitive de la Tékia.

4° De la création d'une œuvre pour les enfants arriérés.

# ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

# ASSEMBLEE GENERALE DU CONGRES

## tenue à l'Hôpital Psychiatrique de Mareville

## le samedi 3 juillet 1937

Sous la présidence de M. le Docteur M. OLIVIER,

*Président de l'Association*

---

### ADOPTION DU PROCES-VERBAL

Le procès-verbal de l'Assemblée générale, tenue à l'Aula de l'Université de Berne, le 24 juillet 1936, est adopté.

### CORRESPONDANCE

M. Pierre COMBEMALE, *Secrétaire général.* — La correspondance comprend :

Une lettre de Son Excellence M. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique nous transmettant une invitation à envoyer des délégués à la réunion annuelle de la « Royal Medico-Psychological Association » qui se tient à Ayr (Scotland), du 7 au 9 juillet 1937. Notre collègue, le D$^{r}$ Noël PÉRON, a bien voulu se charger de l'agréable mission de représenter notre Association à la réunion annuelle de la « Royal Medico-Psychological Association ».

Des lettres ou des télégrammes des Professeurs BOVEN, de Lausanne, DE JONG, d'Amsterdam, DE MOURA, de Coïmbra, GUILLAIN, de Paris, LEY, de Bruxelles, Niessl von MAYENDORF, de Leipzig, RAVIART, de Lille, Rodriguez ARIAS, de Barcelone, s'excusant d'être empêchés de participer à la XLI$^{e}$ session ; des lettres ou des télégrammes de regrets d'être absents à notre Congrès des D$^{rs}$ BRUN, BINSWANGER, COÛRBON, CROUZON,

de Fischer, Desruelles, de Morsier, de la Bretoigne du Mazel, Dublineau, Forel, Flournoy, Hyvert, Lagriffe, Mézie, A. Santenoise, Donald Ross, Toye, Triqueneaux, Teulie, Walk, Winkler.

Une lettre de M. le Dr W.-Gordon Masefield, nous disant tous ses regrets de n'avoir pu déléguer un des membres de la « Royal Medico-Psychological Association » à notre session et nous adressant tous ses meilleurs souhaits pour le succès de la session de Nancy.

## RAPPORT DU TRESORIER

Messieurs,

Conformément à l'article 8 des statuts, le Trésorier va vous soumettre :

1° Le compte rendu financier de la 40e session.

2° Les comptes de l'Association pour l'exercice 1936.

3° Le projet de budget pour l'exercice 1937, qu'il vous demande de vouloir bien approuver.

Depuis l'an dernier, le nombre des Membres Titulaires de l'Association a augmenté sensiblement et nous pouvons escompter, à bref délai, le chiffre de 225.

Comme vous le savez, le nombre des Membres Titulaires de l'Association n'est pas limité et, pour le devenir, il suffit d'être Docteur en Médecine, présenté par deux Membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration.

Les Membres Titulaires versent une cotisation annuelle de 75 francs, qui les dispense de cotisation à la session du Congrès. Ils reçoivent, dès leur publication, un exemplaire des rapports et du volume des comptes rendus de la session.

Tout Membre titulaire qui n'a pas notifié sa démission par lettre, adressée au Président, avant le début de l'année courante, reste Membre de plein droit et doit sa cotisation, exigible dès le mois de janvier.

Le Trésorier prie instamment les Membres titulaires de l'Association de vouloir bien lui envoyer leur cotisation annuelle, le plus tôt possible, afin d'éviter un surcroît de travail, des frais de correspondance et des frais de recouvrement par la poste.

Les Médecins-Directeurs et Directeurs des Asiles publics et

privés ont répondu nombreux à notre appel, en vue de l'inscription de leur établissement à notre Congrès. Le chiffre est passé, cette année, de 33 à 50. Nous leur adressons nos bien vifs remerciements, persuadés que leur exemple sera suivi. Les asiles inscrits reçoivent les rapports et le volume des comptes rendus publiés par l'Association, documents indispensables pour la bibliothèque de leur établissement.

Comme je le fais tous les ans, je crois utile de vous donner des précisions sur l'administration de nos finances.

Tous les titres constituant le capital mobilier sont au nominatif, conformément aux statuts et sont en dépôt au Crédit du Nord de Paris.

Les récépissés et pièces comptables sont dans un coffre-fort, en location à l'Agence E.M. du Crédit du Nord. Le compte courant, titres, location, etc..., sont au nom de l'Association du Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Nous avons aussi un compte chèque postal : Paris 456-30.

Ma tâche est rendue agréable par une cordiale collaboration avec notre Secrétaire général, le Professeur COMBEMALE, dont vous appréciez tous l'activité, l'affabilité et le dévouement.

Qu'il me soit permis, en terminant, de dire que, dans la préparation du Congrès Suisse, nous n'avons eu que des satisfactions et des enchantements, grâce aux initiatives heureuses des Comités locaux et de leurs Secrétaires, nos collègues : Riggenbach, Kurt Binswanger, de Palézieux et Bersot. Sous l'impulsion de notre Président suisse RÉPOND et du Secrétaire général local FOREL, véritables animateurs et amis fidèles de nos Congrès, ils nous ont offert les réceptions les plus somptueuses. Nous en garderons tous un souvenir ineffaçable et nous leur en sommes profondément reconnaissants. Cette 41e Session de Nancy, née sous des auspices peu favorables, en raison de la situation économique et financière, de l'Exposition de Paris et surtout de la multiplicité des Congrès internationaux qui y tiennent leurs assises, s'est développée avec un plein succès. Elle comptera dans les annales de nos Congrès, grâce à notre sympathique collègue et ami le Dr C. HAMEL, notre Secrétaire annuel, dont vous connaissez tous la débordante activité et le dévouement à nos réunions. Il n'a pas oublié que, si nos Congrès étaient le but de travaux scientifiques, ils étaient aussi l'occasion de réjouissances et nul ne doit en médire. Il a été bien inspiré et a pleinement

réussi à nous montrer les beautés des sites de ce beau pays, l'aménité de l'accueil de ses habitants.

En ces temps où l'on ne parle que de cherté de vie, de relèvement des salaires, d'augmentation des cotisations, j'ai le plaisir de vous annoncer que, malgré l'augmentation considérable des frais d'impression (30 à 40 %), survenue depuis la précédente Assemblée générale, votre Conseil d'Administration a été d'avis de ne pas augmenter la cotisation annuelle cette année. Je pense que l'Assemblée générale approuvera cette décision.

En terminant, Messieurs, j'ai une bonne nouvelle à vous annoncer.

Notre aimable et sympathique Secrétaire général, le Professeur Combemale, grâce à une tactique diplomatique dont il a le secret, vient d'obtenir, du Ministère des Affaires Etrangères, la subvention de 10.000 francs, qui nous avait été accordée précédemment et qui n'avait pas été maintenue depuis deux ans. Nous devons le féliciter d'avoir su plaider chaudement notre cause en pleine crise financière, et je lui demande pardon d'avoir eu l'indiscrétion de ne pas lui laisser le soin de vous l'annoncer lui-même.

## COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXXXe SESSION BALE-ZURICH-BERNE-NEUCHATEL (20-25 Juillet 1935)

Le compte financier s'établit ainsi :

### Recettes

1° *Cotisations.*

| | | |
|---|---|---|
| Membres titulaires | 210 à 75 fr. | 15.750 » |
| Membres adhérents | 147 à 80 fr. | 11.760 » |
| Membres associés | 167 à 50 fr. | 8.350 » |
| Total | | 35.860 » |

2° *Cotisations des Asiles.*

| | |
|---|---|
| 1 Asile à 500 fr. | 500 » |
| 1 Asile à 450 fr. | 450 » |
| 5 Asiles à 100 fr. | 500 » |
| 43 Asiles à 80 fr. | 3.440 » |
| Total | 4.890 » |

3° *Subventions.*

| | |
|---|---|
| Subvention des fabricants de produits pharmaceutiques de Bâle : 1.000 fr. suisses | 5.000 » |
| Subvention de la Société suisse de psychiatrie : 250 fr. suisses | 1.250 » |
| Subvention de la Société suisse de neurologie : 250 fr. suisses | 1.250 » |
| Subvention du Ministère des Affaires Etrangères | néant. |
| Total | 7.500 » |
| Total général | 35.860 » |
| | 4.890 » |
| | 7.500 » |
| Total des recettes | 48.250 » |

Dépenses

| | |
|---|---|
| Imprimerie Coueslant | 22.672 60 |
| Frais de secrétariat en Suisse : (Imprimerie, correspondance, autocars, déplacements et divers) | 11.010 » |
| Soirée du Congrès à Berne | 11.120 » |
| Dépenses diverses en Suisse | 955 » |
| Imprimerie à Lille | 227 » |
| Assurance Incendie « La Paternelle » | 99 25 |
| Remboursement de cotisations | 130 » |
| Frais divers du Secrétaire général | 908 » |
| Frais de Trésorerie : (Imprimerie à Paris, correspondance, télégrammes, encaissement, etc... | 651 75 |
| Total | 47.773 60 |

Balance

| | |
|---|---|
| Recettes | 48.250 » |
| Dépenses | 47.773 60 |
| Excédent de recettes | 476 40 |

## COMPTE RENDU FINANCIER DE L'ASSOCIATION POUR L'EXERCICE 1936

### Recettes

| | |
|---|---|
| Avoir en Banque au 1er janvier 1936 .............. | 10.675 40 |
| Arrérages et intérêts ........................... | 12.120 74 |
| Virement compte des Congrès de Bruxelles et de Suisse ........................................ | 5.331 » |
| Vente volume des Congrès ...................... | 2.448 » |
| Agios ............................................ | 218 52 |
| Total ............................... | 30.793 66 |

### Dépenses et remploi de fonds

| | |
|---|---|
| Achat 10 Obligations chemin de fer Etat 6 0/0 36 .. | 9.375 » |
| Location coffre, frais de garde, agios, impôts ..... | 119 90 |
| Total ............................... | 9.494 90 |

### Balance

| | |
|---|---|
| Recettes ........................................ | 30.793 66 |
| Dépenses ........................................ | 9.494 90 |
| *Excédent de recettes* .......................... | 21.298 76 |

## SITUATION FINANCIÈRE DE LA CAISSE DE RÉSERVE DE L'ASSOCIATION DU CONGRÈS AU 31 DÉCEMBRE 1936

1° *Capital mobilier représenté par :*

2.000 fr. Rente Française 3 % perp., nominative.
7.267 fr. 50 Rente Française 4 1/2 % 1932 A., nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 1/2 % 1933, am. à 150 %, nom.
15.000 fr. cap. Bons Trésor 5 % 1933 à 5 ans, nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 % 1934, am. à 140 %, nom.
10.000 fr. Bons Trésor 4 1/2 % 1934 à 3, 6, 10 ans, nom.
10.000 fr. cap Bons Trésor 4 % 1935, nom.
10 Oblig. P.T.T. 5 % 1935, nom.
15 Oblig. Crédit Nat. 5 % 1935, nom.
10 Oblig. Chemin fer Etat 6 % 1936, nom.

2° *Espèces :*

Solde Créditeur en Banque ...................... 21.298 76

## PROJET DU BUDJET DE 1937

Voici le projet de budget de l'exercice 1937, que je vous demande de voter, conformément à l'article 8 des statuts.

### Recettes

| | |
|---|---|
| Cotisations des Membres titulaires (200 à 75) | 15.000 » |
| Cotisation des Membres adhérents à la 41e Session (75 à 80) | 6.000 » |
| Cotisation des Membres associés à la 41e Session (75 à 50) | 3.850 » |
| Cotisation des Asiles publics et privés | 4.500 » |
| Intérêts de la dotation et du compte | 12.120 74 |
| Solde Créditeur en Banque | 21.298 76 |
| Subventions diverses | mémoire. |
| Total | 62.769 50 |

### Dépenses

| | |
|---|---|
| Frais d'Imprimerie | 30.000 » |
| Réceptions, frais divers | 22.000 » |
| Frais de Secrétariat et de Trésorerie | 15.000 » |
| Total | 67.000 » |

### Balance

| | |
|---|---|
| Recettes | 62.769 50 |
| Dépenses | 67.000 » |
| *Déficit* | 4.230 50 |

## RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Pierre Combemale, *Secrétaire général :*

Messieurs,

Depuis notre réunion de l'an dernier, la mort nous a pris les Docteurs Mallet et Regnard, le Professeur Bouman (d'Utrech), le Docteur Julien Raynier et le Professeur-Doyen Wimmer (de Copenhague). Ces deux dernières figures étaient

bien connues de vous, tant à cause de leurs travaux que de leur foi ardente dans les destinées de la science et de l'attention qu'ils réservèrent à notre Association. Le Docteur Julien Raynier, surtout, avait dirigé son inlassable activité vers l'assistance aux aliénés, assistance qu'il voulait chaque jour plus opérante et plus scientifique, plus moderne et plus accueillante. Ce fut pour nous tous une très grosse perte, dont le seul souvenir ranime de sincères regrets.

Le Docteur Vignaud vous a présenté le rapport financier. Ce sont des chiffres éloquents, soulignant la parfaite gestion du patrimoine que nous ont laissé nos prédécesseurs. Les applaudissements nourris qui ont terminé sa lecture lui sont une récompense, très méritée, pour les efforts constants et la vigilance de tous les instants qu'il réserve aux finances de notre Association. Personnellement, je me dois de vous dire avec quelle parfaite communion d'idées nous nous entretenons de la marche, sans cesse en progrès, de notre Association, et combien je me félicite, comme d'un bienfait inestimable, de sa si amicale collaboration.

Lors de notre dernière Assemblée générale, je vous priais de reporter sur les secrétaires locaux la plus grande partie des mérites que vous vouliez me décerner comme organisateur de session : à Lyon, à Bruxelles et l'an dernier encore en Suisse, ce n'était que la vérité. Souvenez-vous des fastueuses réceptions de l'an dernier ; souvenez-vous de ces élans du cœur de nos amis suisses pour nous recevoir à Bâle, à Zurich, à Berne, à Neuchâtel, et regardez le compte rendu financier de la XL[e] session : il est encore créditeur, c'est à ne pas y croire.

Cette année, notre actif secrétaire local, le Docteur J. Hamel, s'est dépensé sans compter pour soutenir la réputation d'hospitalité lorraine ; il a trouvé les plus chaleureux et les plus agissants appuis tant auprès de la Municipalité que de l'Université, des établissements d'assistance, des firmes pharmaceutiques. A tous il faut dire, je pense, un très grand merci.

Les membres de notre Association ont fait, cette année encore, des efforts pour accroître le nombre des titulaires.

Se sont inscrits :

M. le Professeur L. Rimbaud, de la Faculté de Médecine de Montpellier. Parrains : Professeur-Doyen Euzière et Professeur Combemale.

M. le Docteur G. Teulie, de Montpon-sur-l'Isle (Dordogne). Parrains : MM. les Docteurs D. Anglade et Perret.

Mme le Docteur M. Derombies, à St-Ylie, par Dôle (Jura). Parrains : MM. les Docteurs René Charpentier et M. Desruelles.

M. le Docteur Fr. Westphal, de Paris. Parrains : Professeurs H. Claude et D. Santenoise.

M. le Docteur L. Lafon, Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Montpellier. Parrains : Professeur-Doyen Euziere et Professeur Combemale.

Mme le Docteur M. Collet, de Fains-les-Sources (Meuse). Parrains : Professeur-Doyen J. Lépine et Docteur J. Hamel.

M. le Docteur Paul Michon, de Nancy. Parrains : Professeur Barré et Docteur J. Hamel.

M. le Docteur J. Trillot, d'Albi. Parrains : Professeur P. Combemale et Docteur Vignaud.

M. le Docteur A. Hédouin, de Lorquin. Parrains : Professeur P. Combemale et Docteur A. Sizaret.

M. le Docteur H. Christy, du Mans. Parrains : Professeur-Doyen J. Lépine et Professeur Combemale.

La santé de notre Association continue à être excellente ; sa tenue scientifique reste ce qu'elle était dans le passé, brillante et en tête du progrès ; son autorité s'étend chaque jour plus loin, sur le globe. Elle le doit à ses membres, dont les rapports, les communications et les discussions scientifiques très savantes parviennent à de nombreux lecteurs par le volume des comptes rendus. Réjouissons-nous en et soyons en fiers.

## ÉLECTION AU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR 1938

M. le Docteur M. Olivier, *Président*. — Conformément à l'article 5 des statuts, le Vice-Président, élu pour un an, devient de droit président à la fin de l'année. Le Docteur Th. Simon sera donc président pour l'année 1938.

Le Conseil d'Administration vous propose, pour la vice-présidence, le nom du Docteur Roger, Professeur à la Faculté de Médecine de Marseille, ancien membre du Conseil d'Administration.

*Election du Vice-Président :*

Nombre de votants ........................ 59
Majorité absolue ......................... 30

Ont obtenu :

M. le Professeur ROGER ............. 58 voix
M. le Professeur BARRÉ ............. 1 voix

Le Professeur ROGER est élu vice-président pour 1938, et sera de droit Président de l'Association pour 1939.

Le Conseil d'Administration a choisi le Dr Vignaud comme Trésorier.

Le Secrétaire général, une fois élu, conserve ses fonctions tant qu'il n'a pas été relevé par l'Assemblée.

Il n'y a pas cette année de membre sortant au Conseil d'Administration.

*Le Conseil d'Administration* est donc composé, pour 1938 :

*Président* : M. le Docteur Th. Simon.

*Vice-Président* : M. le Professeur Roger.

*Secrétaire Général* : M. le Professeur Pierre Combemale.

*Membres :* MM. Donaggio, Vignaud, Desruelles, Repond, René Charpentier, Barré.

*Trésorier* (choisi par le Conseil d'Administration) : M. le Docteur Vignaud.

## ORGANISATION DE LA XLIIe SESSION

Vous avez, l'an dernier, désigné le siège de la XLIIe session : ce sera Alger. La date de la session a été fixée par vous du 6 au 11 avril 1938. Sur la proposition de votre Conseil d'Administration, vous avez décidé que le Professeur Porot serait le secrétaire annuel, chargé d'assister le secrétaire général dans l'organisation locale de la session.

Vous avez décidé en outre que les rapports traiteraient :

**POUR LA PSYCHIATRIE** :

**Des troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales.**

Rapporteur : M. le Profeseur D. SANTENOISE (de Nancy).

## POUR LA NEUROLOGIE :

**Les problèmes neurologiques et psychiatriques, immédiats et tardifs des traumatismes craniens (1).**

Rapporteur : le Docteur Paul SCHMITE, ancien Chef de Clinique des Maladies Nerveuses de la Faculté de Médecine de Paris, assistant de Neuro-chirurgie à la Salpêtrière †.

## POUR L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE :

**L'assistance psychiatrique indigène aux Colonies.**

Rapporteur : M. le Médecin-Commandant des Troupes Coloniales AUBIN, Médecin-Chef des Asiles publics d'Aliénés de France.

Le Secrétaire général croit devoir rappeler que ceux des membres adhérents qui sont docteurs en médecine peuvent demander leur inscription sur la liste des membres titulaires de l'Association. La cotisation de membre titulaire est due dès le début de l'année, comme dans toute Société, et dispense de cotisation pour les sessions organisées par l'Association. Les membres titulaires de l'Association sont invités à chaque session, sans avoir à s'inscrire de nouveau, et reçoivent régulièrement, dès leur publication, les programmes, rapports, comptes rendus, etc.

Il rappelle également aux Membres du Congrès de bien vouloir adresser au Secrétaire général, au moins un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

---

(1) Le Conseil d'Administration a pris la décision de retirer de l'ordre du jour de la XLII[e] session le rapport que devait présenter notre regretté collègue le Docteur Paul SCHMITE. Le Conseil a retenu comme nouveau sujet à discuter : « *Les formes cliniques inhabituelles de la neuro-syphilis* ». Il a confié ce nouveau rapport au Docteur Paul NAYRAC, professeur-agrégé, chargé du cours de Clinique neurologique à la Faculté de Médecine de Lille.

# RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

# RECEPTIONS ET EXCURSIONS

Ceux qui ne connaissaient l'hospitalité lorraine que par « ouï-dire », ou par renommée, auront pu l'apprécier en cette 41e Session. Ce n'est pas une vaine affirmation. La chaleur de l'accueil, la cordialité de chacun, la somptuosité des réceptions mettaient en évidence la parfaite aménité de caractère des habitants de ce pays frontière, leur belle tenue morale, leur solide confiance dans leurs destinées.

Le temps fut beau, doux, pas trop chaud ; le ciel, souvent très pur, eut de ces profondeurs qu'on ne pense être qu'un privilège des seuls pays méditerranéens. Malgré l'appel de la nature, le charme de la cité, la majestueuse beauté de ses monuments, et l'harmonie reposante de sa place Stanislas, les Congressistes ne désertèrent pas la salle des séances, qu'avaient si bien organisée le Professeur Lucien, à l'Institut d'Anatomie, et le médecin général Schickle, à l'Hôpital Militaire Sédillot. Les séances de travail furent même tout particulièrement animées de discussions savantes sur certains sujets qu'abordaient les communiquants. Les Congressistes rappelèrent ainsi que, amateurs éclairés d'art, dilettantes du bon goût, connaisseurs en fine chère, ils étaient, avant tout, passionnés de sciences et animés du désir fervent d'approfondir les phénomènes biologiques, tant pathologiques que normaux, et de pénétrer les mécanismes les plus cachés du fonctionnement du système nerveux.



Le mercredi 30 juin, après une longue et active journée de travail, les Congressistes furent reçus dans la Salle du Conseil de la Faculté de Médecine de Nancy.

Entouré des Professeurs de la Faculté, M. le Doyen Spillmann accueillit le Docteur M. Olivier, Président de la 41e Session, et les nombreux Congressistes qui se pressaient pour visiter les locaux d'enseignement, les Laboratoires, les Services de Clinique et les Œuvres Sociales de la Faculté.

M. le Doyen prononça à cette occasion l'allocution suivante:

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESSIEURS,

Au nom de tous mes collègues de la Faculté de Médecine de Nancy, j'ai l'honneur et le plaisir de vous souhaiter à tous une très cordiale bienvenue à l'occasion de votre passage dans notre cité.

Nous avons tenu à vous recevoir dans notre salle du Conseil dont les murs racontent notre histoire. Vous y verrez les portraits des professeurs de la Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson avec, à leur tête, le premier Doyen Charles Lepois qui mourut de la peste après une vie d'héroïsme et de dévouement. Vous y verrez également les portraits des membres du Collège royal de médecine fondé à Nancy par le roi Stanislas. Si nous en croyons les chroniques du temps, la Faculté mussipontaine et le Collège nancéien ne firent pas toujours bon ménage ! Ces deux établissements d'éducation médicale fusionnèrent néanmoins en 1868 et ce fut là l'origine de notre Faculté nancéienne. L'école de médecine fut supprimée au moment de la Révolution, restaurée en 1822. En 1872, elle reçut la Faculté de médecine de Strasbourg qui devint la Faculté de Médecine de Nancy.

Nous ne pouvons pas vous présenter une Faculté neuve.

Nous avons tenu, cependant, à moderniser nos installations et nous vous montrerons surtout la bibliothèque avec sa belle salle de travail et le nouvel Institut dentaire dont la visite présente un très grand intérêt.

A deux pas de cette faculté, se trouve l'hôpital dirigé par la Commission administrative des hospices qui a mis à notre disposition toutes les cliniques d'enseignement dont nous avons besoin. C'est un véritable hôpital universitaire. Tout ce qui touche une des deux administrations n'a jamais laissé l'autre indifférente.

Notre préoccupation, à l'heure actuelle, est surtout de trouver les crédits nécessaires pour permettre aux chercheurs de continuer à marcher dans la voie de la recherche scientifique. A l'image de la Caisse nationale des recherches, nous avons créé, avec le concours de plusieurs personnalités de la région lorraine et surtout avec le concours des industriels, une caisse lorraine de recherche scientifique qui nous permet de donner tous les ans des bourses de travail.

Je tiens à vous signaler également que la Faculté collabore

étroitement aux œuvres d'hygiène sociale. L'Office départemental d'hygiène a de nombreuses sections dont la plupart sont dirigées par des professeurs ou par des agrégés de la Faculté. Nous nous sommes engagés délibérément dans la voie de la médecine préventive et le dispensaire des étudiants en est la meilleure preuve. Il permet de surveiller et de contrôler médicalement tous les étudiants de l'Université et cette intéressante création a permis d'obtenir les plus beaux résultats pour la protection de la santé de la jeunesse qui peuple nos établissements d'instruction.

Je regrette très vivement de ne pouvoir vous présenter ni chaire de neurologie ni chaire de psychiatrie. Les circonstances et surtout les hommes ont empêché ces créations. Nous avons eu, par contre, des neurologistes éminents et je rappelle ici la mémoire du professeur Bernheim, directeur de l'école de Nancy, qui fut un très grand médecin, un très grand clinicien et qui sut former de nombreuses générations de médecins. Nous avons eu aussi des psychiatres, au premier rang desquels se trouvait notre excellent collègue et ami le docteur Lalanne, que beaucoup d'entre vous ont connu. Son enseignement était très apprécié et la Faculté conserve de lui un souvenir ému. C'est votre distingué Secrétaire, le docteur Hamel, qui l'a remplacé à la Faculté pour l'enseignement de la médecine mentale. Vous connaissez le docteur Hamel aussi bien que moi et je ne vous étonnerai pas en disant qu'il tient une place des plus brillantes parmi le corps enseignant de la Faculté de Médecine.

Samedi, j'aurai l'honneur de vous présenter, avec mon collègue et ami le docteur Aubry, médecin-chef de l'Asile de Maréville, le Centre de malariathérapie.

Le cours de neurologie est fait par le docteur Michon, médecin des hôpitaux, qui sait attirer à lui un grand nombre d'élèves séduits par ses qualités didactiques.

Le docteur Meignant, neurologiste attaché au département, collabore, d'autre part, avec le professeur de clinique médicale infantile et dirige le dispensaire d'hygiène mentale qui est une des créations les plus intéressantes de l'Office d'hygiène.

Mais je ne veux pas, Messieurs, vous retenir plus longtemps. Vous avez déjà beaucoup travaillé ; vous avez entendu, ce matin, de très beaux discours et je ne saurais trop féliciter votre éminent président, M. le docteur Olivier, de son admirable leçon d'optimisme. Je vous demande de boire avec nous le

champagne de l'amitié et, si vous le voulez bien, je lèverai mon verre à l'avenir de votre association des psychiatres et des neurologistes de langue française, au succès de vos congrès, et surtout, comme le disait mon collègue et ami Lépine, à Lille, en 1930, à « l'interpénétration des cadres de l'enseignement supérieur et de ceux des asiles ».

La visite de la bibliothèque, des laboratoires, des services de clinique et des œuvres sociales de la Faculté fut particulièrement intéressante et instructive. Nombreux sont les Congressistes qui y ont retenu des idées neuves et originales dont ils pourront faire profiter leurs services, et qui y ont puisé des principes administratifs simples et effectifs dont bénéficieront les œuvres auxquelles ils s'intéressent.

Vers 18 heures, eut lieu la visite du Musée Zoologique. M. le Professeur CUÉNOT nous y montra de très belles et très riches collections, présentées avec ordre et art dans de vastes vitrines permettant au regard de détailler tout ce qui y était exposé. Il nous donna ensuite le régal d'un savant aperçu des questions de l'hérédité ; la conférence, qui fut courte, sut cependant tout dire avec talent et simplicité : elle transporta l'auditoire dans les mystères qui enveloppent ces captivants problèmes et, après avoir bien limité nos connaissances, laissa entrevoir la portée immense de certaines hypothèses. M. CUÉNOT fut si sobre de noms d'auteurs qu'il ne se cita pas lui-même, seul reproche que pourrait lui faire celui qui ne connaît pas la modestie du vrai savant.

Le soir à 21 heures, M. le Docteur SCHMITT, Maire de Nancy, entouré du Conseil Municipal, nous avait convié à un fastueux gala. Il eut lieu à l'Hôtel de Ville, œuvre architecturale splendide que nous devons à Stanislas Leczinski, ancien Roi de Pologne, dernier Duc de Lorraine, beau-père de Louis XV.

Le grand salon accueillit les nombreux Congressistes et les personnalités nancéennes qui étaient de cette fête. Ils y goûtèrent un admirable programme de musique de chambre, de monologues, de chants et les chœurs de la Chorale renommée des Instituteurs et Institutrices de la Ville de Nancy. Ce fut un vrai régal auditif, admirablement bien rendu.

Un buffet somptueux, dressé dans le beau cadre du Salon Carré, monument historique, retint très avant dans la nuit les invités qui gardent une reconnaissance toute particulière à M. le Maire, à M. l'Adjoint GODFRIN, et au Conseil Municipal, pour un accueil que très rarement les Congressistes ont connu aussi chaleureux et aussi fastueux.

Le jeudi 1er juillet, à 11 h. 30, les Congressistes visitèrent le Musée Historique Lorrain, sous la direction aimable et instructive de MM. les Conservateurs. Propriété de la Société lorraine d'Archéologie, il occupe l'ancien palais ducal construit au début du XVIe siècle ; ensemble unique, il abrite de nombreuses et belles collections, certaines d'un très grand prix, comme les fameuses tapisseries dites de la tente du Téméraire, et les cuivres gravés de CALLOT.

Le soir, après une longue séance de communications, eut lieu la visite du Musée de Peinture, Sculpture et Arts décoratifs, installé depuis peu dans de nouveaux locaux, vastes et très bien éclairés. Sous la direction de M. le Conservateur, les Congressistes purent y admirer les nombreuses œuvres de maître dont Nancy peut s'enorgueillir.

La soirée officielle du Congrès, commencée à 21 heures dans les Salons Walter, se prolongea fort avant dans la nuit. Ce fut un très grand succès auquel participèrent toutes les personnalités nancéennes de l'Administration préfectorale, municipale, militaire et universitaire. Des danses très suivies, un buffet succulent, très apprécié, contribuèrent à l'entrain et au faste de cette belle manifestation.

Le vendredi, 2 juillet, fut entièrement consacré à la visite de l'Hôpital Psychiatrique de Lorquin (Moselle), et à une excursion dans les Vosges Alsaciennes.

Le plaisir de toute cette journée fut terni par l'accident sérieux qui, à Lorquin, contraignit M. le Docteur LOBLIGEOIS, Conseiller Général de la Seine, grand mutilé de la Science, à interrompre sa participation active à notre Session. Il sait les

vœux que tous nous formons pour son complet rétablissement.

L'Hôpital Psychiatrique de Lorquin vaut d'être visité. Son médecin-directeur, le Docteur A. SIZARET, qui est un animateur plein d'allant, a très heureusement modernisé les services généraux d'un établissement dont les pavillons se blotissent sous de majestueuses frondaisons, et se cachent les uns des autres derrière une luxuriante végétation. Il faut voir ses laboratoires et sa pharmacie que dirige avec une grande compétence Mlle FUCSH, pharmacienne, il faut connaître ses cuisines claires et vastes et surtout la buanderie qui est un vrai modèle du genre.

A la fin d'un lunch très savoureux, servi dans les vastes salles du nouveau Pavillon des hommes travailleurs, par le personnel de l'Etablissement dont il est agréable de louer la bonne tenue, la belle humeur et le dévouement, M. le Sous-Préfet de Sarrebourg, qui présidait en place de M. le Préfet de la Moselle, empêché, adressa d'aimables paroles aux Congressistes. Notre Président, le Docteur OLIVIER, se fit l'interprète de tous pour féliciter l'administration préfectorale de la sollicitude éclairée qu'elle réserve aux malades mentaux, à leur traitement, à leur bien-être, et pour remercier la Commission de Surveillance de l'appui qu'elle ne cesse d'apporter au fonctionnement de l'établissement. Il dit aussi notre grande satisfaction de pouvoir signaler, avec éloges, les efforts persévérants et fructueux que le Docteur SIZARET, le Docteur HÉDOUIN et leurs collaborateurs réservent au traitement des malades et à la bonne tenue de l'établissement.

L'excursion dans les Vosges Alsaciennes fut un véritable enchantement. Par Dabo, Wangenbourg, le Grossmann, les Congressistes gagnèrent le Donon, dont la vue porte loin sur la chaîne des Vosges, toute tapissée de sapins sombres. Et, très tard le soir, le retour à Nancy se fit par Badonvillers, Baccarat, Lunéville.

Le samedi, 3 juillet, eut lieu, après la Séance de communications, la visite de l'Hôpital Psychiatrique de Maréville, établissement renommé, qui a donné à la science tant de nombreux et réputés aliénistes. Il est aussi très connu actuellement pour la qualité des soins qu'on y dispense, et du matériel très moderne mis à la disposition de la thérapeutique.

Services généraux, services médicaux, service ouvert et service de pyrétothérapie, méritent des louanges : que d'applications simples et commodes des grands principes qui commandent au traitement moderne des psychopathes, que de détails minutieusement étudiés s'offrent à l'attention. Et surtout, quelle belle leçon pratique, permanente, de collaboration étroite et fructueuse entre laboratoire, clinique et aussi administration.

Le grand événement de la journée fut le banquet offert à Nancy-Thermal, par l'Hôpital Psychiatrique de Maréville. Ce genre de banquet, qui clôture la Session des Congrès, est, en général, bien réussi ; il est de bon ton qu'il y règne la gaieté la plus franche. Cette année, la joyeuse bonne humeur fut complète, et, constatation qui vaut d'être soulignée, la chère y fut tout particulièrement délicate, la qualité des mets et des vins y fut extraordinaire et, de mémoire d'expert, rarement égalée.

Le Docteur Senglar, Directeur de Maréville, qui avait veillé lui-même à l'ordonnance du repas et à sa composition, est un amphitryon qui s'y connaît.

Au dessert, après que le Docteur Senglar eut prononcé quelques paroles de bienvenue chaleureusement acclamées, le Président Olivier prononça le discours suivant :

Monsieur le Préfet,
Monsieur le Président du Conseil Général,
Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine,
Monsieur Maringer, Président de la Commission de Surveillance de l'Hôpital Psychiatrique de Maréville,
Monsieur le Docteur Senglar, Directeur Administratif de l'Hôpital Psychiatrique de Maréville,
Mes chers Collègues de Maréville,
Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas sans une émotion véritable, sans un sentiment d'attendrissement que je me tourne vers vous, Médecins et Administrateurs de Maréville. Maréville — pour tout Médecin d'établissement psychiatrique qui connaît l'histoire laborieuse et cahotique de la création de nos asiles en France — apparaît comme une sorte de lumière dans ce chaos.

Avant toutes choses, il est un douloureux devoir que je dois remplir dans cette circonstance : c'est de rendre hommage à deux hommes, à deux médecins, à deux psychiatres qui ont joué précisément dans votre Etablissement un rôle de premier plan. Je revois encore dans mes débuts professionnels, la haute silhouette du professeur Paris qu'une cordialité charmante animait, si attaché à ses malades et à sa mission pédagogique. Son passage à Maréville, les conseils qu'il a prodigués ont laissé une trace durable.

Mais il m'est dur de constater qu'en ce jour, notre excellent ami Lalanne, qu'un destin cruel nous a ravi prématurément, ne puisse être des nôtres. Ce méridional si loyal et si dru s'était dès le début de sa carrière résolument implanté sur le sol nancéien. Il en avait épousé l'âme. Sa richesse de cœur et d'esprit, son activité débordante, l'affection qu'il portait à son asile et à ses malades lui donnaient un rang d'élection. Il a été, durant le premier quart de ce siècle, l'un des animateurs, l'un des artisans les plus féconds des transformations de l'Asile. Je me souviens de la joie que j'avais éprouvée à l'accueillir chez moi au Congrès de 1927 à Blois. Je me souviens — non sans déchirement — du rôle affectueux qu'il joua pour l'un des miens en 1928 dans cette ville de Nancy et je garde à Lalanne une infinie reconnaissance d'avoir pansé ma blessure avec une délicatesse toute fraternelle.

Maréville, disais-je, a une longue histoire. Elle a été contée de la façon la plus vivante et la plus intéressante dans une thèse récente du docteur Dumont, sous l'inspiration de son Maître, le docteur Hamel, notre bon Collègue.

Elle fourmille d'aperçus pleins de saveurs, de données pratiques, qui inclinent aux salutaires réflexions. Elle démontre que si le progrès est dans la nature des institutions, il n'est, en fait, en dépit des révolutions, qu'une lente, trop lente transformation. Le travail de Jacques Dumont est tout à fait édifiant.

C'est vers le XIV[e] siècle, qu'il faut faire remonter l'origine de l'Etablissement. A la suite d'épidémies de pestes meurtrières et répétées depuis 1315, on prit l'habitude d'expulser les malheureux pestiférés de la ville et de les reléguer à la campagne, loin de toute habitation, dans de misérables cahuttes en bois, à 6 km. de Nancy. C'est dans un cimetière aménagé là, que s'opérait cette étrange hospitalisation. On appelait cet

emplacement la Goulette-Maréville. Mais c'est à partir de 1597, grâce à l'intervention d'une généreuse donatrice, Anne Fériet, que se créa au voisinage du cimetière, un établissement permanent hospitalier géré par l'hôtel de ville de Nancy

Les ducs Charles et Henri accrurent les terrains de Maréville. A partir de 1657, les épidémies de peste cessèrent. Maréville fut négligée, la guerre survint et désola la Lorraine.

Le duc Léopold, en 1714, y installa une renfermerie de jeunes gens vicieux, puis une manufacture de bas de laine. Mais tout cela fonctionna mal. En 1733, la ville de Nancy se chargea de la renfermerie, et sous Stanislas en 1745 la manufacture fut abandonnée.

De 1749 jusqu'en 1794, les frères de la doctrine chrétienne prirent la direction de Maréville et furent autorisés dès 1771 à y recevoir des fous. De grandes constructions, de grands travaux furent entrepris. Il y avait 40 aliénés en 1794. A cette date, les frères ayant refusé de prêter serment à la constitution, ils s'exilèrent.

En 1805, le préfet Marquis reconstituait le service d'aliénés. De 1805 à 1830 le docteur Bonfils y exerça, puis son fils lui succéda. En 1815, Maréville, dont l'administration venait d'être confiée à un directeur, recevait des aliénés de 10 départements. En 1818, les religieuses de la Congrégation de St-Charles assurent le service intérieur. En 1819, il y a 8 établissements d'aliénés en France ; celui de Maréville comportait 260 malades.

Le docteur Bonfils, élève d'Esquirol, succède en 1830 à son père. De 1818 à 1842, la sœur Euphrasie joue un rôle prépondérant, elle fait acheter beaucoup de terrain. Vers 1838, les appréciations d'Esquirol manquent de tendresse pour l'organisation de Maréville.

C'est à partir de 1842 que Maréville prend effectivement, explicitement, le caractère d'un asile d'aliénés. Le Dr Archambault exerça une action décisive sur les destinées de l'Etablissement tant au point de vue médical qu'au point de vue matériel. Sur ces entrefaites, l'illustre Morel y remplit une fonction médicale de courte durée. En 1850, Maréville comptait 717 aliénés. En 1860, lors de la nomination du Dr Giraud comme directeur de Maréville, cet Etablissement recevait déjà 1.500 malades. C'était le plus important de France. Le nouveau directeur poursuit un double objectif : multiplier

les constructions, opérer une meilleure répartition des malades. Giraud avait abouti en 1879 à un triple résultat :

1° Désencombrer l'Asile ;

2° Pourvoir l'Etablissement d'eau suffisante ;

3° Organiser la viabilité ;

Cahin-caha, l'asile progresse, s'améliore, se transforme. De 1880 à 1890, de nombreux travaux s'exécutent.

Le 2 août 1896, il y a 40 ans, eut lieu à Nancy le Congrès de Médecine mentale. Le Dr Paris, le Dr Vernet, le directeur M. Denizet accueillent les congressistes. M. Stehelin, préfet de Meurthe-et-Moselle fait l'éloge de l'installation de Maréville ; le professeur Pitres de Bordeaux, mon illustre prédécesseur à la présidence célèbre les mérites des médecins qui s'y sont succédé. M. Demonet, président de la Commission de surveillance souligne les améliorations matérielles et les progrès d'hygiène qui se sont réalisés.

Saluons, Messieurs, avec sympathie les novateurs de l'époque. Remercions-les d'avoir préparé des voies nouvelles et à 41 ans de distance, que les congressistes de ce jour rendent hommage aux congressistes de jadis !

Le pensionnat Ste-Anne est édifié en 1893 et peut bientôt recevoir 40 malades. En 1903, le Dr Paris et le Dr Deswarte assurent le service. Puis le Dr Lalanne et le Dr Deswarte auquel se trouve adjoint à bref délai le Dr Aubry dont l'activité médicale allait s'affirmer à son tour.

Mais bientôt le Dr Lalanne et le Dr Paris se consacrent à la création de nouveaux pavillons sans étage ou à un étage qui constituent un progrès considérable. En 1918, il y a 3 services médicaux. En 1922, l'asile en comporte 4. En 1933, un 5e service est créé.

Une innovation survient en 1923, c'est la création du laboratoire de biologie sur l'initiative bienfaisante du Dr Hamel.

Je ne saurais trop rendre hommage à notre collègue. Il est certes indispensable qu'un psychiatre sache procéder à une analyse psychologique circonstanciée d'un de ses malades, qu'il le classe dans la catégorie à laquelle il appartient. Mais comme en médecine générale, il faut plus encore, il faut en effet s'appliquer à déceler, sous les apparences d'états purement psychologiques, toutes les perturbations biologiques qui sont de nature à leur servir de support. Le laboratoire est devenu un organe nécessaire à l'activité médicale du psychiatre.

Il faut remercier et le Dr Hamel, et l'administration asilaire et préfectorale et le Conseil Général d'en avoir compris le puissant intérêt. Plusieurs établissements se sont engagés dans cette voie. Il est souhaitable que ce mouvement se généralise.

Depuis la guerre, les efforts de transformation et d'aménagement intérieur se sont poursuivis à Maréville sur tous les plans et dans toutes les directions. L'air, la lumière, l'eau ont été consentis à profusion. Des quartiers de contagieux et de tuberculeux ont été créés. Un service chirurgical a été organisé, complété par un service de radiologie.

Enfin, une création de prime importance est réalisée au Pensionnat de Ste-Anne sous l'impulsion de Lalanne et, grâce à l'efficace appui de M. le doyen Spillmann ; un service de malariathérapie y est créé sous forme de service libre qui est confié à la direction médicale autorisée du Dr Aubry. Ste-Anne devient ouvert au dépistage des affections mentales et centre de malariathérapie (hôpital Lalanne).

Désormais Maréville prend figure de grand service hospitalier. Les médecins de Maréville, le Dr Senglar, directeur, qui reste attentif à tous les besoins matériels et médicaux de l'établissement, la Commission de surveillance, l'Administration préfectorale et le Conseil général se consacrent avec un bel effort continu à la transformation du vieil asile en hôpital psychiatrique. On me dispensera de relever la longue liste des travaux considérables qui ont été effectués au cours de ces dernières années dans tous les domaines, les progrès de tous ordres : moral, médical, hygiénique qui ont été accomplis.

Mais si les conditions générales dans lesquelles sont traités les aliénés à Maréville les ont effectivement élevés à la dignité de malades, je dois aussi porter à l'actif de Maréville, aux efforts de ses médecins et à ceux plus particulièrement chargés de cours à la faculté, l'essor de l'enseignement des maladies mentales à Nancy. N'oublions pas, en effet, que toute une pléiade de jeunes médecins d'hôpitaux psychiatriques ont été formés à Nancy. C'est pour moi la plus douce satisfaction que d'égrener ainsi à l'égard de mes collègues et de l'administration mes compliments les plus reconnaissants.

Tous les médecins ici, en effet : le Dr Aubry qui appartient à une longue lignée psychiatrique par les Drs Giraud, le Dr Privat de Fortunié, le Dr Beaudoin, ont acquis une compétence médicale reconnue et ils exercent leur mission pour le plus grand profit de leurs malades.

Mais je dois retenir plus particulièrement votre attention sur deux hommes, le Dr Sanglar, directeur administratif de Maréville et le Dr Hamel, médecin-chef, dont le rôle a été singulièrement précieux. Le Dr Sanglar s'est consacré avec une persévérante énergie aux transformations matérielles, techniques, économiques de cet établissement. Il a senti qu'une étroite liaison devait exister pour faire besogne utile entre le directeur administratif et le corps médical. C'est un devoir et c'est une nécessité, si l'on veut accomplir une tâche durable, car tout est médical, comme nous aimons à le répéter, dans un hôpital psychiatrique. C'est dire que l'attribution de la Médaille d'Or de l'Assistance publique conférée tout à l'heure, sur décision de M. Marc Rucart, Ministre de la Santé publique, par les soins de M. Marc Varenne à M. le Dr Sanglar, était pleinement justifiée. Nous y applaudissons de tout cœur.

Que dirai-je du Dr Hamel ? Je ne voudrais pas heurter sa modestie et rompre ses vœux de discrétion. Mais on s'étonnerait à bon droit de mon silence. Je rends d'abord hommage à l'homme, au collègue, à l'ami. Le Dr Hamel qui a pris de solides racines dans votre ville et qui s'y est créé de sincères amitiés, se révèle par d'indiscutables qualités d'urbanité, de courtoisie, d'affabilité. Ses qualités, sa connaissance des intérêts généraux, son intelligent dévouement aux intérêts corporatifs, son activité persévérante, l'ont fait accéder aux fonctions de Président de l'association Amicale des Etablissements publics d'aliénés où il s'est acquitté de sa mission avec le plus grand tact et les effets les plus heureux. Médecin de l'hôpital psychiatrique de Maréville, il est un clinicien averti et il suit avec un intérêt passionné tous les progrès de la science psychiatrique, en participant aux travaux des sociétés savantes ou par ses publications.

Créateur du laboratoire de Maréville, il faut lui savoir gré d'avoir ainsi discerné l'importance de plus en plus grande des analyses biologiques et des recherches histologiques pour une meilleure élucidation des affections mentales et pour une thérapeutique plus appropriée. Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, il a su donner une impulsion nouvelle à l'enseignement psychiatrique et démontrer que désormais un médecin praticien ne peut plus méconnaître les données essentielles de la psychiatrie ; secrétaire annuel du Congrès, je lui dois les félicitations unanimes pour avoir mené à bon-

ne fin, à plein succès une entreprise aussi délicate et compliquée, aussi hérissée de difficultés.

Mais je sais bien que s'il s'est beaucoup dépensé, il a rencontré les concours les plus compréhensifs et les plus généreux. Mes compliments vont d'abord à M. Maringer, Président depuis de longues années de la Commission de Surveillance ; nous savons avec quel souci attentif il suit les besoins de Maréville. J'adresse également mes remerciements à ses collègues de la Commission de Surveillance qui participent avec lui à la même œuvre de rénovation. Mais, quel que soit le rôle d'une Commission de Surveillance, son activité se trouverait inefficace si le préfet et le Conseil général n'accordaient pas leur audience éclairée aux médecins, au directeur et aux membres de la Commission de Surveillance.

Un puissant département comme le vôtre qui a l'avantage d'avoir à sa tête un grand administrateur tel que M. Bosney, expérimenté en matière d'hygiène et d'assistance, ouvert aux progrès médicaux modernes, prévoyant et sagace, ne pouvait, grâce à lui, que se prêter aux adaptations nouvelles qu'exigent les nécessités psychiatriques de l'heure. Messieurs, nous sommes aujourd'hui les hôtes du Conseil général de Meurthe-et-Moselle. Exprimons-lui toute notre gratitude.

Je viens de parler du Conseil général de Meurthe-et-Moselle. C'est le moment pour moi de me tourner vers son éminent président, M. Louis Marin, et de lui souhaiter, parmi nous, la plus cordiale des bienvenues.

Nous avons vivement regretté votre absence, Monsieur le Ministre, mercredi à notre séance inaugurale ; mais nous savons quelles sont les exigences impérieuses de la vie parlementaire.

M. le Dr Schmitt, maire de Nancy, a bien voulu, fort aimablement, en cette circonstance, se substituer à vous pour ouvrir notre Congrès.

Mais si votre fonction publique de Président de l'assemblée départementale vous recommandait tout naturellement pour assumer cette charge, il est vrai aussi que votre autorité morale incontestée vous désignait plus encore. Personne n'ignore parmi nous l'étonnante diversité de vos travaux, votre labeur désintéressé, votre sagace dévouement à la chose publique, votre ferveur pour le sol natal qu'ont fortifié vos courses vagabondes dans le monde, votre connaissance de la souffrance humaine.

Toutefois si votre activité parlementaire vous a valu un rôle de premier plan, il est d'autres titres qui, à nos yeux, faisaient de votre présidence de ce jour une justification primordiale.

Nous n'oublions pas, en effet, que vous êtes Directeur de l'Ecole d'Anthropologie, et un médecin neurologiste ou psychiatre ne peut se désintéresser des études qui se poursuivent dans un domaine si important, latéral au sien dont les lumières sont susceptibles d'éclairer sa route.

Vous avez bien voulu, tout à l'heure, Monsieur le Ministre, évoquer en termes touchants, dans l'intimité, le souvenir d'un membre de ma famille, d'un maître historien qui vous fût cher, et vous me rappeliez combien il avait su précisément fixer les traits ethniques impérissables de nos lointaines origines. J'en suis infiniment ému. Mais, il est une considération supplémentaire qui légitimait votre présence au milieu de nous ; c'est votre qualité d'ancien Ministre de la Santé Publique. Nous avons, durant l'exercice de vos hautes fonctions, suivi et apprécié vos efforts d'abord comme médecins ensuite et surtout, comme médecins des hôpitaux psychiatriques, soumis à la tutelle bienfaisante du Ministre de la Santé Publique.

Monsieur le Ministre, souffrez enfin qu'en sortant du cadre strict de mes attributions de ce jour, le Maire de Blois que je suis, rende hommage à votre haute loyauté et à votre rare probité.

Mais à la veille de quitter Nancy, j'ai le devoir agréable, au nom de tous les congressistes, de renouveler mes remerciements aux divers organismes qui ont contribué au succès de notre Congrès : M. Bosney, Préfet de Meurthe-et-Moselle, et le Conseil général, M. le Dr Schmitt, Maire de Nancy, et l'Administration municipale, M. Spillmann, Doyen de la Faculté de Médecine et ses collègues, l'Administration et les médecins de Maréville.

J'aurais voulu réserver un mot en faveur de M. le professeur Santenoise que je regrette de ne pas voir à notre banquet. Il s'était ingénié à préparer la tournée aux villes d'eaux qui, malheureusement, n'a pu aboutir. J'aurais rappelé qu'il fût des nôtres comme médecin d'hôpital psychiatrique au début de sa carrière, qu'il resta ensuite bien près de nous, comme Inspecteur général des Services administratifs. Je l'aurais fé-

licité en outre de sa troisième incarnation comme professeur de Physiologie et d'Hydrologie à la Faculté de Nancy, où les plus brillantes perspectives l'attendent. Mais j'aurais évoqué aussi les souvenirs attendrissants de son enfance à St-Ylie, dans le Jura, tandis que jeune médecin-adjoint, je débutais auprès de son père, le sympathique Dr Santenoise. Je revois encore le jeune bambin de 12 ans, studieux certes, mais plein d'entrain, jouant et patinant sur les bords du Doubs, dont il était bien malaisé alors de pressentir l'avenir. Il m'eut été agréable de relier ainsi, à travers l'espace et le temps, son enfance et ma jeune maturité d'antan, à sa maturité d'aujourd'hui et à ma carrière déclinante.

Mais je ne peux me résigner à quitter Nancy, sans rappeler que, malgré les distances, la Lorraine a joué parfois au cours de l'histoire, un rôle capital dans les destinées de mon pays d'adoption, le Blésois :

Vous savez que le duc François de Guise descendait d'une branche cadette de René II de Lorraine. Vous savez quelle brillante épopée militaire il a inscrite dans les Annales. Il défend Metz contre Charles-Quint, il sauvegarde Calais. Mais il joue un rôle prépondérant dans les guerres de Religion et à la tête de la fameuse Ligue dont, à bon droit Henri III prit ombrage.

Or ces jours derniers, précisément, les artistes de l'Odéon se sont efforcés de reconstituer dans notre château, les sanglantes scènes historiques où le duc de Guise et son frère le cardinal de Lorraine, trouvèrent la mort, préméditée par Henri III.

Plus tard, un autre Lorrain de marque, exerça à Blois une action de premier plan. C'est l'abbé Grégoire auquel je fais allusion et dont l'un de nos quais porte le nom. L'abbé Grégoire, curé d'Embermenil, député du Clergé pour le bailliage de Lunéville, devint ensuite membre de la Convention et comme tel, dans des rapports successifs, s'éleva contre certains vandalismes commis à Nancy et s'appliqua à sauvegarder diverses œuvres d'art. Mais l'abbé Grégoire allait devenir évêque constitutionnel de Blois, où son passage a laissé un souvenir durable. Ses luttes avec Monseigneur de Thémines, évêque non constitutionnel, ont été d'ailleurs contées avec infiniment d'intérêt et d'humour par un historien qualifié, par un de mes compatriotes, M. l'abbé Gallerand.

Vous le voyez, Mesdames et Messieurs, une interdépendance étroite associe toutes les provinces de France.

Je lève mon verre à la santé de nos hôtes, à Nancy, à la Lorraine, à la prospérité de nos convives, à vous, Mesdames qui, si nombreuses, êtes la parure charmante de ce banquet, et à vous de tout cœur, mes chers Collègues.

Le Professeur MINKOWSKI remercia au nom des délégués étrangers :

MONSIEUR LE PRÉFET,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT DU CONGRÈS,
MESDAMES, MESSIEURS,

Au nom des délégués et des confrères étrangers ici présents, qui ont bien voulu m'en charger, j'ai l'honneur et le plaisir de vous adresser les remerciements les plus chaleureux pour l'accueil extrêmement aimable et véritablement charmant que vous nous avez réservé. Je remercie tout particulièrement MM. les Docteurs OLIVIER, Président ; SIMON, Vice-Président ; COMBEMALE, Secrétaire Général ; HAMEL, Secrétaire annuel, et VIGNAUD, Trésorier, qui ont si brillamment organisé la 41^e^ Session du Congrès à Nancy. Je remercie également, en particulier, M. le Doyen SPILLMANN, qui nous a reçus si cordialement dans la belle salle du Conseil de Faculté, qui nous a exposé brièvement la noble histoire de la Faculté et nous a montré la nouvelle Bibliothèque et divers Services hospitaliers, dont le nouveau Centre de Malariathérapie, d'un haut intérêt scientifique et pratique. Je remercie M. le D^r^ SIZARET, Directeur de l'Asile de Lorquin et M. le D^r^ SANGLAR, Directeur de l'Asile de Maréville, qui nous ont guidés avec tant de bonne grâce à travers les grands établissements qu'ils dirigent avec autant de zèle que de succès, et nous ont reçus et régalés d'une manière si hospitalière. Un des plus beaux souvenirs de ce Congrès, pourtant si riche en impressions, c'est l'excursion qui nous a menés hier à l'Asile de Lorquin, et plus loin, dans les Vosges Alsaciennes. En traversant ces vastes champs pleins de verdure, ces collines et ces vallées recouvertes de grandes forêts ensoleillées, avec des coups d'œil fascinants et toujours nouveaux, j'ai, bien que venant d'un pays où l'on connaît les splendeurs de la nature, admiré

la beauté du paysage et ressenti quelque chose de la douceur incomparable de la France. Des poètes l'ont chantée beaucoup mieux que je ne pourrais le faire. Si j'insiste cependant, c'est que j'ai nettement senti non seulement la douceur du paysage, mais aussi la douceur de l'ambiance, l'atmosphère de clarté et d'harmonie qui s'en dégage, l'esprit de liberté, de cordialité et de bienveillance qui règne au sein de ce Congrès comme dans ce pays en général. Et, n'est-ce pas là une des conséquences heureuses du régime de démocratie et de liberté cher à la France, puisque la conception démocratique est une conception optimiste, qui croit en l'homme et la dignité humaine, en sa valeur intrinsèque indestructible. M. le Président, dans sa brillante Conférence inaugurale, n'a-t-il pas fait l'éloge de l'optimisme, que des philosophes ont considéré comme la forme la plus élevée de la Sagesse ?...

Dans ces heures de tourmente, nous entendons dire souvent que la démocratie et la liberté ont vécu, qu'elles s'écrouleront bientôt sous leur propre fardeau. Eh bien, pour ma part, je ne le crois pas, tout au moins pour les pays où elles sont solidement enracinées. A ce point de vue, le séjour parmi vous, Messieurs, nous a réconfortés et rassurés. Et, plus que jamais, nous croyons que la France, forte de ses traditions et de ses idées, surmontera toutes les difficultés de l'heure actuelle et que, dans la reconstruction de l'Europe déchirée et tourmentée, elle jouera un rôle de tout premier ordre.

Avant de venir ici, nous avons bien lu dans les journaux que la France traversait une crise très grave, qu'il y avait de l'agitation et des craintes de grève, en particulier, que les hôtels seraient fermés à partir d'aujourd'hui. Mais nous nous sommes dit que c'était impossible, inimaginable qu'à un moment comme celui-ci, au cours d'une Exposition Universelle, les hôtels fussent fermés, que la France était un pays non seulement de génie, mais aussi de bon sens — ce qui ne va pas toujours de pair — et que d'une manière ou d'une autre, les choses s'arrangeraient. Et, avec notre optimisme, nous avons eu raison. Comme vous savez, les choses se sont arrangées au dernier moment, les hôtels ne seront pas fermés. Bien d'autres choses encore s'arrangeront également.

Mesdames et Messieurs, je souhaite au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, à ce Congrès de Nancy et aux Congrès futurs, beaucoup de chance et de succès, dans le même esprit de cor-

dialité confraternelle et d'amitié, et dans une coopération internationale fructueuse pour le progrès de notre Science, pour le bien de nos malades et pour un avenir meilleur de l'humanité.

Le Docteur Varenne assura les Congressistes de la bienveillante et agissante attention de M. le Ministre de la Santé Publique qu'il représentait et annonça, à la joie générale, que le Gouvernement venait de décerner au Docteur Senglar la Médaille d'Or de l'Assistance Publique.

M. Marin, Député, Président du Conseil Général, ancien Ministre de la Santé Publique, prit la parole ensuite pour s'excuser de n'avoir pu, à cause des travaux parlementaires, présider la séance inaugurale de notre Congrès ; après s'être félicité des succès de la 41ᵉ Session, à Nancy, il nous parla de la « gritté », espèce de besoin irrésistible, bravant tous les règlements, qui pousse les Lorrains, exilés loin de leur pays, à venir respirer quelques jours, ou quelques heures seulement, l'air pur de leur petite patrie.

Enfin, M. Bosney, Préfet de Meurthe-et-Moselle, prenant à son tour la parole, souligne le plaisir tout particulier qu'il éprouve à présider ce banquet, où il rencontre des amis de longue date : son collègue le Docteur Marc Varenne, un grand Préfet en même temps qu'un praticien très distingué, jouissant parmi ses confères du monde médical de la plus sympathique et unanime estime ; M. le Docteur Olivier, que M. Bosney a connu en Loir-et-Cher, dans les débuts de la carrière administrative. Le Blésois est un charmant pays auquel on s'attache très vite et profondément dès que l'on y a vécu ; M. le Docteur Olivier en apporte un éclatant témoignage puisque ses sentiments pour Blois, sa ville d'adoption, lui ont valu d'être choisi comme premier magistrat de la cité ; et dans le discours qu'il a prononcé à la séance d'ouverture du Congrès, si l'on retrouve la forte empreinte du génie latin et de la culture ancienne chère à ses compatriotes méridionaux, on décèle également comme le reflet de ces paysages tourangeaux dont l'attrait est tout de mesure, et de gracieuse harmonie. On ne pouvait, mieux que ne l'a fait le Docteur Olivier, avec autant de sûre érudition que de force persuasive, démontrer la nécessité de toujours pratiquer l'optimisme, « cette forme la plus élevée de la sagesse ».

C'est également une grande joie pour M. Bosney de voir à cette table le Docteur René Charpentier, comme lui Normand d'origine, et son ancien camarade du Quartier Latin. M. Bosney n'est pas étonné de la brillante carrière qu'a fournie son ami d'enfance qui, déjà, lorsqu'il poursuivait ses études à la Faculté de Médecine, se montrait un brillant et très laborieux élève, ayant beaucoup de cœur, beaucoup de courage. Le Docteur Charpentier va être dans quelques jours promu Officier de la Légion d'Honneur. En attendant que lui soit donnée l'accolade traditionnelle, le Préfet de Meurthe-et-Moselle lui apporte, au nom d'une vieille amitié, ses félicitations les plus affectueuses pour une distinction à laquelle applaudiront de grand cœur tous ceux qui le connaissent.

En dehors de ces raisons personnelles de se réjouir de sa présence à ce banquet, M. Bosney en avait également d'autres tenant à sa fonction. Depuis de longues années, en effet, il se trouve en fréquentes relations de service avec les médecins d'Asiles: relations toujours confiantes et cordiales, et qui lui ont permis bien des fois d'apprécier et d'admirer leur science, leur infatigable dévouement, leur attachement passionné à la mission de soulager la souffrance, d'adoucir les angoisses, et, quand la possibilité en existe, d'acheminer les malades vers la guérison. Aussi, le Préfet de Meurthe-et-Moselle est-il particulièrement heureux de cette occasion qui s'offre à lui de rendre un public et très sincère hommage aux distingués praticiens qui l'entourent, médecins des Asiles français, et savants éminents venus de plusieurs pays étrangers apporter leur précieuse collaboration aux travaux du Congrès. Il se plaît à adresser en particulier ses félicitations à M. le Docteur Senglar qui dirige avec tant d'activité et d'esprit d'initiative l'Asile de Maréville, ainsi qu'à l'homme de grande science, le doyen Spilmann qui donne à l'administration, pour l'organisation de différents services, un si remarquable concours.

Afin de doter l'Asile de Maréville de toutes les améliorations opportunes, le Conseil général de Meurthe-et-Moselle, présidé par M. le Ministre Louis Marin, ne néglige aucune possibilité et son souci de progrès social se manifeste là comme dans tous les domaines. C'est d'ailleurs une tradition fortement enracinée en Lorraine que celle d'honorer la science et d'aider les savants : Nancy s'enorgueillit autant que de son glorieux passé, d'être un foyer de haute culture.

M. Bosney termine son allocution en portant le toast traditionnel à M. Albert Lebrun, président de la République.

. .

Le samedi soir, dans le Parc de la Pépinière, dont la roseraie était brillamment illuminée, la célèbre musique du 26e R.I., nous donna un remarquable concert.

...Ainsi prit fin la 41e Session du « Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française »...

---







*Cliché Boudry, Nancy.*



LORQUIN

*Photo Fr. Gaertner, Sarrebourg.*




MAREVILLE

*Photo J. Scherbeck, Nancy.*

# XLII^e SESSION DU CONGRES

## des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France

## et des Pays de Langue française

---

*La XLII^e Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française* se tiendra à Alger du 6 au 11 avril 1938.

*Président :* M. le Docteur Th. SIMON, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.

*Vice-Président :* M. le Professeur H. ROGER, de la Faculté de Médecine de Marseille.

*Secrétaire général :* M. le Professeur P. COMBEMALE, Médecin-chef à l'Hôpital Psychiatrique de Bailleul.

*Secrétaire annuel :* M. le Professeur A. POROT, de la Faculté de Médecine d'Alger.

*Trésorier :* M. le Docteur VIGNAUD, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XLII^e Session.

PSYCHIATRIE : *Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales,* par M. le Professeur D. SANTENOISE, de Nancy.

NEUROLOGIE : *Les formes cliniques inhabituelles de la Neuro-syphilis,* par M. le Docteur Paul NAYRAC, Professeur-agrégé, chargé du cours de Clinique Neurologique à la Faculté de Médecine de Lille.

Assistance psychiatrique : *L'assistance psychiatrique indigène aux Colonies,* par M. le Médecin-Commandant des Troupes coloniales Aubin, Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de France.

*N. B.* — Les inscriptions sont reçues par le Docteur Vignaud, *trésorier,* 4, avenue d'Orléans, Paris, 14e, c.-c. postal, Paris, 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 80 fr. (*membres adhérents*). Les membres inscrits avant le 10 janvier 1938 recevront les rapports dès leur publication.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur P. Combemale, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

---

# TABLE DES MATIÈRES

## COMPTES RENDUS DE LA XLI[e] SESSION DU CONGRES

Comité d'Honneur de la XLI[e] Session ..................... 7
Conseil d'Administration de l'Association ................ 8
Bureau de la XLI[e] Session ................................ 8
Délégués officiels ......................................... 9
Présidents des Séances .................................... 12
Membres titulaires de l'Association ....................... 15
Membres adhérents de la XLI[e] Session .................... 22
Etablissements hospitaliers inscrits à la XLI[e] Session ....... 25
Membres associés de la XLI[e] Session ..................... 26

## SEANCE INAUGURALE

Allocution de M. le Docteur Schmitt, Maire de Nancy, *Président de la Séance inaugurale* ........................... 32
Allocution de M. le Docteur De Craene ...................... 33
Allocution de M. le Docteur Varenne ........................ 34
Allocution de M. le Docteur Hansen ......................... 35
Allocution de M. le Professeur Minkowski ................... 36
Allocution de M. le Professeur Mazhar Osman Uzman ...... 38
Discours de M. le Docteur M. Olivier, *Président du Congrès* 40

## RAPPORT DE PSYCHIATRIE

R. Bargues. — Contribution de l'étude biologique des délires alcooliques aigus .................................... 79

*Discussion*

A. Hesnard (de Toulon) ........................... 105
L. Marchand (de Paris) ........................... 108
Th. Simon (de Paris) ............................. 111
R. Bargues (*Réponse du rapporteur*) ................ 118

## RAPPORT DE NEUROLOGIE

N. Péron. — Les atrophies cérébelleuses primitives ........ 123

*Discussion*

M. Minkowski (de Zurich) ........................ 148
R. Garcin (de Paris) ........................ 151

## RAPPORT DE MEDECINE LEGALE PSYCHIATRIQUE

B. Pommé. — Les règles à observer au point de vue neuro-psychiatrique dans l'incorporation des recrues ........... 157

*Discussion*

H. Aubin (de Marseille) ........................ 199
A. Hesnard (de Toulon) ........................ 201
A. Rouquier (de Nancy) ........................ 205
Th. Simon (de Paris) ........................ 207
H. Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce, Paris) ........... 211
F. Adam (de Rouffach) ........................ 214
René Charpentier (Neuilly-sur-Seine) ................ 217
B. Pommé (*Réponse du rapporteur*) .................. 218

## COMMUNICATIONS DIVERSES

## COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

J. Hamel et Edert. — A propos d'une forme clinique d'encéphalite psychosique ........................ 223

*Discussion :* L. Marchand, P. Guiraud, A. Porot, P. Combemale ........................ 228

G. Petit. — Syndromes psychopathiques avec polyradiculonévrites et dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien ........................ 232

H. Christy. — Phénomènes de balancement psycho-somatique. Expression particulière d'une loi générale dans les localisations viscérales ........................ 237

H. Roger et J. Alliez. — Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypés d'allure pithiatique ........... 242

A. Mareschal et Chaurand. — La paralysie générale en Tunisie ........................ 247

*Discussion :* Perrussel, Mazhar Osman Uzman, R. Bargues, A. Porot ........................................ 251

A. Mareschal. — L'héroïnomanie en Tunisie .............. 255
A. Donaggio. — Le contrôle de la Pyrétothérapie avec ma réaction ........................................ 260

*Discussion :* P. Combemale, A. Donaggio .................. 262

A. Donaggio. — Méthode de coloration et méthode de réduction argentique dans la démonstration et l'étude du réseau fibrillaire de la cellule nerveuse .......................... 264
P. Michon, P. Leichtmann et H. Renaudin. — Temps de réaction chez les Parkinsoniens post-encéphalitiques ........ 269
P. Combemale. — Du rôle des hormones génitales sur le psychisme du chien .................................. 274

## COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

J. Titeca. — Etude électro-encéphalographique d'un cas d'hémianesthésie hystérique .......................... 279

*Discussion :* P. Cossa, H. Roger, Th. Simon, Minkowski, J. Titeca ........................................ 285

Mazhar Osman Uzman. — Le choc moral, cause de déclanchement de l'ataxie tabétique ........................ 289

*Discussion :* Minkowski (de Zurich) ...................... 292

A. Rouquier. — Le rôle moteur homo-latéral des circonvolutions préfrontales ................................ 293

*Discussion :* J.-A. Barré. A. Donaggio .................... 296

M. Perrin, Kissel, Rousseaux et Castelain. — Méningiome de la petite aile du sphénoïde, variété dite « de l'angle sphéno-palatin » ........................................ 299
L. Marchand et R. Dupouy. — Troubles moteurs déficitaires bilatéraux sans signes d'hypertension intracranienne, symptomatiques d'une tumeur cérébrale à évolution rapide (Gliome à cellules isolées) ............................ 304
Mazhar Osman Uzman. — Hémorragies subdurales dues à des traumatismes périphériques .......................... 310
M. Perrin, Grandpierre, Rousseaux, Castelain. — Epilepsie Bravais-jacksonienne arachnoïde fronto-pariétale d'origine traumatique ........................................ 314

*Discussion :* A. Rouquier ........................................ 318

G. Jacques. — Sur un signe radiologique précoce dans la paralysie bulbaire ........................................ 319
V. de Lavergne, P. Rissel et H. Accoyer. — Les lésions de la neuroxite ourlienne humaine et expérimentale ........... 322
A. Donaggio. — Sur les essais de reproduction expérimentale de la base anatomique des leucoencéphalomyélites ....... 324
P. Guiraud. — Figures parasitaires dans la sclérose en plaques 328
H. Roger, J. Paillas et J. Vague. — Syndrome de Landry médullaire d'origine syphilitique. Guérison thérapeutique.... 332

*Discussion :* A. Fribourg-Blanc ........................ 337

P. Michon. — Réflexe radio-fléchisseur .................. 338

## COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

J. Hamel et P. Michon. — Syndromes parkinsoniens et traumatismes ........................................ 343

*Discussion :* M. Minkowski ............................ 348

M. Mutel et P. Michon. — Taux d'incapacité des syndromes post-commotionnels craniens ........................ 350

## COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

P. Cossa, H. Bougeaut et H. Puech. — Note sur le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine ........................................ 355
J. Trillot. — A propos du traitement de certaines maladies mentales par les injections d'huile soufrée. Résultats obtenus dans le service des femmes de l'Asile d'Albi ......... 364
A. Munier. — De l'emploi de la diathermie dans certains troubles du système nerveux ........................................ 375
H. Bersot. — La crise convulsive provoquée par les analeptiques chez l'homme et chez l'animal ..................... 378
H. Bersot. — Considérations sur le mécanisme de l'action curative de l'insuline et du cardiazol dans la schizophrénie 380

*Discussion :* A. Donaggio ........................................ 384

J. Parisot et P. Meignant. — L'organisation de la Société d'Hygiène Mentale de l'Office départemental d'Hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle ........................................ 385
A. Mareschal et Lamarche. — L'Assistance Médicale aux Aliénés en Tunisie ........................................ 393

## ASSEMBLEE GENERALE

Correspondance ........................................ 405
Rapport du Trésorier ........................................ 406
Rapport du Secrétaire Général ........................................ 411
Election ........................................ 413
Organisation de la XLII[e] Session ........................................ 414

RECEPTIONS ET EXCURSIONS ........................................ 419

LA XLII[e] SESSION ........................................ 439

TABLE DES MATIERES ........................................ 441




---

CAHORS, IMP. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 54.970

